



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Joana dos Santos Pereira Ferreira Mourão

A aliança terapêutica e a qualidade da experiência subjetiva: Do processo terapêutico à vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

UMinho | 2012

Fevereiro de 2012

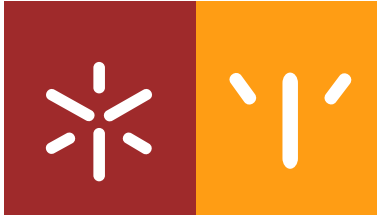
A aliança terapêutica e a qualidade da
experiência subjetiva: Do processo
terapêutico à vida diária de indivíduos com
diagnóstico de perturbação de ansiedade

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR





Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Joana dos Santos Pereira Ferreira Mourão

**A aliança terapêutica e a qualidade da
experiência subjetiva: Do processo
terapêutico à vida diária de indivíduos com
diagnóstico de perturbação de ansiedade**

Tese de Doutoramento em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro
e da
Professora Doutora Teresa Freire

Fevereiro de 2012

DECLARAÇÃO

Nome: Joana dos Santos Pereira Ferreira Mourão

Endereço electrónico: joanamourao@hotmail.com **Telefone:** 96 463 3562

Número do Cartão de Cidadão: 11844717 3ZZ0

Título da Tese de Doutoramento: A aliança terapêutica e a qualidade da experiência subjetiva: Do processo terapêutico à vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

Orientadores:

Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Professora Doutora Teresa Freire

Ano de conclusão: 2012

Ramo de Conhecimento do Doutoramento:

Psicologia, especialização em Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, __/__/____

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

Este percurso não seria possível sem as pessoas que comigo o percorreram, nos seus altos e baixos, fechando e abrindo portas e que, desta forma, também contribuíram para o resultado final.

Queria começar por agradecer às pessoas que me desafiaram a percorrer este caminho e me ajudaram a delinear o seu percurso. Às minhas orientadoras Prof. Doutora Eugénia Ribeiro e Prof. Doutora Teresa Freire agradeço pelo desafio e orientação.

No que toca à parte da análise matemática agradeço à Prof. Doutora Inês Sousa a sua disponibilidade, atenção, interesse e apoio na persecussão dos objetivos.

Agradeço também às pessoas que compõem as equipas onde estou integrada e com as quais este trabalho se cruza. A todas muito obrigada pela partilha de conhecimento e experiências, que permitem chegar ao final desta tese com um sentimento de conquista e crescimento pessoal. À Maria José, Gabriela e Carla agradeço pelos momentos de experiência ótima que partilhamos. À Joana Coutinho, Joana Senra, Raquel Mesquita e Zita Sousa pela aliança formada no nosso trabalho em conjunto, onde todas demos e recebemos.

À Susana, Carla, Anita, Inês, Rodrigo, Nuno, Eva, Daniela, António, João, e demais pessoas que comigo partilharam esta experiência o meu muito obrigada.

Queria também agradecer às estagiárias que contribuíram para este trabalho com o acompanhamento de casos. À Vitória, à Ana Luísa, à Teresa, à Liliana, à Paula, à Patrícia, o meu obrigada pela contribuição. Espero, de alguma forma, ter contribuído, também, para o vosso percurso profissional.

Aos clientes, obrigada pela disponibilidade e desejo de contribuir para o aumento do conhecimento.

Aos meus pais, agradeço por me ajudarem a todos os níveis a persistir para obter os meus objetivos, mostrando-me que quando eu quero eu consigo. Obrigada pela força.

À minha tia Rosa Maria agradeço pelo apoio, cuidado, carinho e interesse demonstrado.

Às minhas Anas agradeço pela força, carinho e por sempre estarem presentes. Espero que assim continue a ser.

A ti... por tudo. Por mim, por ti, por nós, para sempre!

A ELABORAÇÃO DESTA DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO FOI APOIADA
PELA FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA E A TECNOLOGIA, ATRAVÉS DA BOLSA DE
DOUTORAMENTO COM A REFERÊNCIA SFRH/BD/277124/2007.

A ALIANÇA TERAPÊUTICA E A QUALIDADE DA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA: DO PROCESSO TERAPÊUTICO À VIDA DIÁRIA DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE

RESUMO

Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentam dificuldades no relacionamento interpessoal, que se manifestam no contexto da terapia e no contexto da sua vida diária. A formação e desenvolvimento de uma relação terapêutica segura e de suporte, pode constituir-se como uma oportunidade de exploração de novos modos funcionais de relacionamento interpessoal do cliente, por si apresentados na sua vida diária, indicadores de uma mudança efetiva.

Este trabalho tem por objetivo geral a análise da experiência relacional de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, quer no contexto terapêutico, quer no da sua vida diária. Procurou-se perceber mudanças nesta experiência relacional ao longo do processo terapêutico nestes dois contextos.

Na investigação presente neste trabalho participaram 21 indivíduos. Foram utilizados o Inventário da Aliança Terapêutica, o *Outcome Questionnaire* e o *Flow Questionnaire*, em todas as sessões do processo terapêutico para a recolha dos dados relativos ao contexto terapêutico. No estudo da vida diária dos indivíduos, recorreu-se ao *Experience Sampling Method* que utiliza uma metodologia de recolha de dados psico-sociais em tempo real. A recolha de medidas ecológicas feita em três ocasiões, cada uma delas com a duração de uma semana, decorreu em paralelo com os três momentos do processo terapêutico (início, meio e fim). Os indivíduos respondiam, quando inseridos nos seus contextos de vida, a questões sobre a experiência que estavam a ter no momento em que eram inquiridos.

A nível do contexto terapêutico, os resultados mostram que o diagnóstico de perturbação de ansiedade social, quando comparado com o diagnóstico de perturbação de pânico,

está associado a uma menor qualidade inicial da aliança terapêutica, a maiores níveis de sintomatologia iniciais, e à menor probabilidade de ocorrência de experiência ótima. Os resultados evidenciam, apesar de tudo, uma semelhança dos padrões de desenvolvimento da aliança terapêutica e da evolução da sintomatologia nos dois diagnósticos de perturbação de ansiedade em estudo. Comprova-se uma influência da aliança terapêutica na ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico.

Relativamente ao contexto da vida diária, de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade seguidos em processo terapêutico, os resultados revelam a evolução positiva da afetividade, da satisfação consigo próprio, da perceção de desafios e da perceção de competências no decurso da terapia. A fase de intervenção é identificada como o momento associado a uma maior probabilidade de ocorrência de experiência ótima na vida diária destes indivíduos. Também o estarem acompanhados e apresentarem pensamentos não relacionados com o problema foram factores identificados como potenciadores da ocorrência de experiência ótima nestes mesmos indivíduos.

Na discussão geral da tese promove-se a integração dos resultados dos dois estudos, discutindo-se a contribuição dos elementos do processo terapêutico para as mudanças na vida diária. Conclui-se sobre a importância da experiência interpessoal como eixo central na experiência dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade nos dois contextos estudados. As implicações futuras desta tese são apresentadas na conclusão.

Palavras chave: ansiedade, funcionamento interpessoal, aliança terapêutica, experiência ótima, mudança

THE THERAPEUTIC ALLIANCE AND THE QUALITY OF THE SUBJECTIVE EXPERIENCE: FROM THE THERAPEUTIC PROCESS TO DAILY LIFE OF INDIVIDUALS WITH AN ANXIETY DISORDER DIAGNOSE

ABSTRACT

Individuals with an anxiety disorder diagnose present difficulties in their interpersonal relationships, that manifest themselves on the therapeutic context and on their daily life context. The formation and development of a secure and supportive therapeutic relationship can present itself as an opportunity to explore new functional ways of the client relating, which they may display and present in their daily life, indicating an effective change.

Therefore, this work presents as a general goal the analysis of the relational experience of individuals with an anxiety disorder diagnose, not only in the therapeutic context but also on their daily life. It tried to understand the changes in that relational experience throughout the therapeutic process, in these two contexts.

On the hereby presented research participated 21 individuals. In the therapeutic context the Working Alliance Inventory, the Outcome Questionnaire and the Flow Questionnaire, were used in all the sessions to collect the data of this context. In order to study the individuals daily life, the *Experience Sampling Method* was used. It uses a real time methodology to collect psico-social data. Therefore, simultaneously to the three therapeutic process moments (beginning, middle and end) and for a period of a week, individuals answered, when inserted in their life contexts, to questions the experiences they were having at that moment.

In the therapeutic context, the results show that the social anxiety disorder diagnose, when compared to the panic disorder diagnose, is associated with a lower quality of the therapeutic aliance, greater levels of symptomatology and fewer probability of these

individuals experiencing optimal experience in the therapeutic context. At the same time, the results show a resemblance on the patterns of therapeutic alliance development and on the symptomatology evolution in both anxiety disorder diagnoses. There has been also identified an influence of the therapeutic alliance on the probability of occurring optimal experience.

Regarding the daily life of individuals with an anxiety disorder diagnose, under a therapeutic process, the results show how affection, personal satisfaction, the perception of challenges and the perception of skills become gradually positive throughout the psychotherapeutic process. The intervention phase of the therapeutic process is associated to a greater probability of occurrence of optimal experience in their daily life. Being accompanied and presenting thoughts not related to the problem were also identified as influencing the probability of occurring optimal experience.

The general discussion of this thesis promotes the integration of the findings of the two contexts studied by analyzing the contribution of the therapeutic context elements to the changes on individuals' daily life. It concludes on the interpersonal experience as a central axis on the individuals with an anxiety disorder diagnose experience on these two contexts. Future implications of the research findings are further presented.

Key words: anxiety, interpersonal functioning, therapeutic alliance, optimal experience, change

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO TEÓRICO	15
1. Fundamentos teóricos e empíricos	17
1.1 Ansiedade e funcionamento interpessoal	17
1.1.1 <i>Perspetiva sintomatológica</i>	20
1.1.2 <i>Perspetiva desenvolvimental</i>	23
1.1.3 <i>Perspetiva cognitivo-comportamental</i>	25
1.1.4 <i>Perspetiva construtivista</i>	28
1.1.5 <i>Perspetiva interpessoal</i>	31
1.2 Aliança terapêutica e funcionamento interpessoal	35
1.2.1 <i>Relação terapêutica e aliança terapêutica</i>	36
1.2.2 <i>Aliança terapêutica e resultado do processo terapêutico</i>	37
1.2.3 <i>Desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico</i>	38
1.2.4 <i>Funcionamento interpessoal e aliança terapêutica</i>	39
1.2.5 <i>Aliança terapêutica como oportunidade de mudança do funcionamento interpessoal</i>	42
1.2.6 <i>Mudança no funcionamento interpessoal de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade</i>	45

1.3 Experiência ótima e funcionamento interpessoal	53
1.3.1 <i>Experiência subjetiva e seleção psicológica</i>	53
1.3.2 <i>Experiência ótima</i>	56
1.3.3 <i>A experiência ótima e as relações interpessoais</i>	60
1.3.4 <i>Psicopatologia e experiência ótima</i>	61
1.3.5 <i>Terapia como oportunidade de mudança: psicopatologia e funcionamento ótimo</i>	65
 2. Objetivos orientadores da tese	 67
 CAPÍTULO EMPÍRICO	 71
 1. Metodologia	 73
1.1 Participantes	75
1.2 Terapeutas	76
1.3 Processo psicoterapêutico	76
1.4 Medidas e instrumentos	81
1.5 Procedimento	87
1.6 Análises estatísticas e tratamento de dados	89
 2. Estudo 1: O processo terapêutico de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade	 95
2.1 Objectivos	97
2.2 Resultados	98
2.3 Discussão	106

3. Estudo 2: A vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade	119
3.1 Objetivos	121
3.2 Resultados	122
3.3 Discussão	142
CONCLUSÃO	155
Do processo terapêutico à vida diária	
REFERÊNCIAS	167
ANEXOS	199
APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E PEDIDO DE COLABORAÇÃO	201
CONSENTIMENTO INFORMADO	203

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. O *Experience Fluctuation Model* que preconiza oito canais para classificar a qualidade da experiência subjectiva em função da relação entre desafios e competências percebidos 55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos objetivos das diferentes fases do processo terapêutico de acordo com a orientação seguida na intervenção 80

Tabela 2. Valores das médias, desvio padrão, mínimos e máximos relativos aos valores de WAI dos participantes do estudo em função do diagnóstico 82

Tabela 3. Valores das médias, desvio padrão, mínimos e máximos relativos aos valores de OQ dos participantes do estudo em função do diagnóstico 84

Tabela 4. Descrição do *design* de investigação em função dos contextos em análise (processo terapêutico e vida diária) e questionários utilizados 87

Tabela 5. Resultados do modelo ajustado para a variável resposta WAI em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade para os valores da aliança terapêutica 99

Tabela 6. Resultados do modelo ajustado para a variável resposta OQ em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade para os valores de sintomatologia

102

Tabela 7. Resultados do modelo ajustado para a probabilidade de ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

104

Tabela 8. Distribuição da percentagem de ocorrência do pensamento, na sua dimensão de relação com o problema do cliente e qualidade activa e passiva do pensamento, na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase inicial do processo terapêutico

125

Tabela 9. Valores normalizados da média e desvio padrão no beep-level para as dimensões da experiência – afecto positivo: feliz, alegre, relaxado; afecto negativo: ansioso, zangado, triste; satisfação consigo próprio; desafios percebidos; e competências percebidas – da vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase inicial do processo terapêutico

127

Tabela 10. Distribuição da percentagem de ocorrência do pensamento, na sua dimensão de relação com o problema do indivíduo e qualidade activa e passiva do pensamento, na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico

130

Tabela 11. Valores normalizados da média e desvio padrão no beep-level para as dimensões da experiência – afeto positivo: feliz, alegre, relaxado; afeto negativo: ansioso, zangado, triste; satisfação consigo próprio; desafios percebidos; e competências percebidas – da vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico 132

Tabela 12. Distribuição da percentagem de ocorrência do pensamento, na sua dimensão de relação com o problema do indivíduo e qualidade ativa e passiva do pensamento, na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico 135

Tabela 13. Valores normalizados da média e desvio padrão no beep-level para as dimensões da experiência – afeto positivo: feliz, alegre, relaxado; afeto negativo: ansioso, zangado, triste; satisfação consigo próprio; desafios percebidos; e competências percebidas – da vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico 136

Tabela 14. Resultados do modelo ajustado para a probabilidade de ocorrência de experiência óptima na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade 139

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Padrões do desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo das sessões em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade 98

Gráfico 2. Padrões da evolução da sintomatologia ao longo das sessões em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade 101

Gráfico 3. Frequência de ocorrência de experiência óptima no contexto terapêutico, ao longo das sessões, em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade 103

Gráfico 4. Percentagem de ocorrência de cada categoria de conteúdo de pensamento durante as amostragens ESM na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase inicial do processo terapêutico 124

Gráfico 5. Frequência dos canais experienciais na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase inicial do processo terapêutico 128

Gráfico 6. Percentagem de ocorrência de cada categoria de conteúdo de pensamento durante as amostragens ESM na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico 129

Gráfico 7. Frequência dos canais experienciais na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico

133

Gráfico 8. Percentagem de ocorrência de cada categoria de conteúdo de pensamento durante as amostragens ESM na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico

134

Gráfico 9. Frequência dos canais experienciais na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico

138

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
ICD	INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES
WAI	WORKING ALLIANCE INVENTORY
OQ	OUTCOME QUESTIONNAIRE
ESM	EXPERIENCE SAMPLING METHOD
ESF	EXPERIENCE SAMPLING FORM
EFM	EXPERIENCE FLUCTUATION MODEL

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A perspectiva que durante muito tempo prevaleceu e guiou a Psicologia Clínica foi a ideologia de perturbação ou doença (Maddux, Snyder, & Lopez, 2004). Desta forma, a preocupação centrou-se na psicopatologia, sendo o foco evidenciado o de aliviar a perturbação. Esta perspectiva defende que as perturbações psicológicas são análogas a doenças biológicas ou médicas, pelo que o psicólogo deve identificar a perturbação e prescrever as intervenções necessárias. Diferentes perspectivas psicológicas procuram explicar o desenvolvimento e manutenção da perturbação, diferenciando a experiência destes indivíduos da identificada nos indivíduos com um funcionamento adaptativo e ótimo. Nesta linha de compreensão da perturbação psicológica, privilegia-se o diagnóstico com recurso a modelos categoriais que postulam a presença ou ausência de perturbação ou doença e se preocupam com a classificação das pessoas e das perturbações (ex. *DSM* e *ICD*). Em alternativa, os modelos dimensionais de diagnóstico assumem o que é ou não normativo, o bem-estar e a doença, o funcionamento eficaz e ineficaz como estando num continuum, centrando-se na identificação e medição de diferenças individuais nos fenómenos psicológicos. Inerente a esta visão dimensional está a ideia de que estas distinções são criadas e construídas, tal como as perspectivas construtivistas ou construcionistas assumem.

Na continuidade dos modelos dimensionais, a Psicologia Clínica Positiva traz uma ideologia que oferece uma nova linguagem para falar do comportamento humano e da patologia (Maddux et al., 2004). Nesta nova ideologia, padrões ineficazes de comportamento, cognições e emoções representam problemas na vivência da interação entre o indivíduo e as outras pessoas. Impera uma preocupação em compreender o que faz a vida valer a pena, em ajudar a pessoa a auto organizar-se e direcionar-se, e em reconhecer que as pessoas e as suas experiências estão imbuídas num contexto social. O

objetivo inovador da Psicologia Positiva é catalizar a mudança do foco da psicologia na preocupação com reparar as piores coisas na vida para também construir qualidades positivas (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Esta perspetiva focaliza-se na compreensão e promoção do bem-estar subjetivo e funcionamento eficaz, como também em aliviar a angústia subjetiva e o funcionamento inadaptado. Interessa-se pela interação entre a pessoa e o meio e pela forma como estas interações se constituem como recursos promotores do funcionamento ótimo mesmo perante circunstâncias negativas (Nakamura, 2011).

O foco desta investigação centra-se assim na experiência interpessoal dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. A perspetiva que entende os diferentes diagnósticos de perturbação de ansiedade como apresentando processos de desenvolvimento e manutenção comuns mas com diferentes manifestações interpessoais (Leahy, 2007) foi aquela que orientou o trabalho aqui apresentado. Neste sentido, foram estudados indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social e com diagnóstico de perturbação de pânico - diferentes manifestações do funcionamento interpessoal de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade - antecipando impactos diferenciados na vida diária dos mesmos. Direccionou-se o estudo para o interesse em perceber o impacto desse funcionamento interpessoal diferenciado na vida dos indivíduos em dois contextos: o contexto terapêutico e o contexto extraterapêutico, ou seja, da vida diária destes indivíduos.

A importância de estudar o funcionamento interpessoal advém do facto de o ser humano desenvolver o seu sentido de *self* nas relações que estabelece com os outros. Todos os indivíduos possuem uma necessidade de pertença, que motiva e orienta os seus pensamentos, emoções e comportamento interpessoal (Baumeister, & Leary, 1995). No entanto, há pessoas que apresentam dificuldades no desenvolvimento e manutenção das relações interpessoais, colocando-as em risco de desenvolvimento de perturbações psicológicas (Cacciopoet al., 2000; Chipuer, 2001; Heinrich, & Gullone, 2006) e afetando a sua qualidade de vida (Uliaszek et al., 2010).

Nesta tese, a seleção dos dois contextos de estudo (terapia e vida diária) tem subjacente a ideia de que o efeito da terapia não termina nos limites do contexto físico da consulta terapêutica. A terapia tem o seu início no contexto de consulta mas reflete-se no contexto da vida diária dos indivíduos. É aí que as mudanças se devem verificar para que estes se sintam satisfeitos e terminem o processo terapêutico com sucesso.

A nível do contexto da consulta, a aliança terapêutica foi analisada como elemento relacional do processo terapêutico. A aliança terapêutica foi encarada como representando o modo como cliente e terapeuta trabalham colaborativamente e com intencionalidade no processo terapêutico. A perspetiva utilizada foi a de Bordin (1979) que enfatiza a colaboração e consenso entre terapeuta e cliente face a um trabalho conjunto. Este é um dos conceitos mais investigados e relatados na literatura sobre a investigação em psicoterapia. Horvath, Del Re, Fluckier, e Symonds (2011) consideram que diferentes fatores estão na base do *crescendum* de interesse por esta temática. Nestes incluem-se a conclusão de que diferentes terapias proporcionam semelhantes efeitos benéficos aos clientes, o trabalho desenvolvido por Rogers e seus colaboradores, o *crescendum* do interesse na integração de diferentes perspetivas teóricas na psicoterapia, mas acima de tudo, a descoberta consistente de uma relação moderada, mas robusta, entre a aliança terapêutica e o tipo de resultado da terapia com orientações terapêuticas diversas, numa variedade de indivíduos e/ou problemas. No entanto, o lugar da relação ou aliança na conceptualização geral do processo de mudança tem sido alvo de controvérsia. A este propósito, por exemplo, Crits-Christoph, Connolly Gibbons, e Hearon (2006) consideram que a correlação da aliança com o resultado é vista como prematura. Estes autores fundamentam a sua crítica na variedade de definições utilizadas, no facto do tamanho do efeito dessa correlação não ser impressionante, na possibilidade da causalidade inversa nesta correlação e na possível interferência de outras variáveis. Assim, a revisão da literatura nesta área parece indicar que o papel e função da aliança terapêutica, embora relevante, não está ainda totalmente compreendido (Horvath, 2006).

Na análise da vida diária, a investigação apresentada nesta tese utilizou uma metodologia ecológica, para o estudo do dia a dia dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. No seu livro *"The Experience of Psychopathology"*, deVries (1992) indica que a capacidade das medidas ecológicas, nomeadamente o *Experience Sampling Method*, clarificarem questões psicológicas, depende do potencial das variáveis da vida diária elucidarem a classificação psicológica, tratamento e investigação. Na década de 90, os reptos deixados nesse livro, à investigação futura eram a agregação de dados ancorados na experiência da pessoa, que permitissem descrever e prever o curso e resultado do tratamento; produzir perfis psicológicos diagnósticos mais válidos que permitissem especificar o tratamento; e conferir maior centralidade à pessoa nas formulações diagnósticas enfatizando as variações individuais na experiência para o desenvolvimento de estratégias de tratamento ajustadas à pessoa. Dado o comprometimento a nível do funcionamento interpessoal que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentam, a utilização de medidas ecológicas em tempo real, no estudo da experiência interpessoal na vida diária destes indivíduos impõem-se como relevante. Ao mesmo tempo, parece importante perceber a evolução desta experiência interpessoal na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade no decurso da vivência de um processo terapêutico. Apesar da vasta investigação existente com recurso a esta metodologia no contexto internacional, Palmier-Claus e colaboradores (2011) na sua revisão sobre a investigação nesta área, continuam a apontar necessidades para a investigação futura, nomeadamente a nível do uso de medidas ecológicas que proporcionem uma avaliação em profundidade dos efeitos do tratamento, tornando-se uma forma mais sensível e rigorosa de avaliar os resultados da terapia.

Assim, o objetivo geral desta tese é compreender as mudanças na experiência interpessoal dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade quando sujeitos a um processo terapêutico, quer no âmbito do contexto terapêutico, quer no da sua vida diária, pressupondo a interligação destes dois contextos.

Esta dissertação está estruturada em duas partes. Na primeira parte apresenta-se uma revisão da literatura que traduz um enquadramento conceptual actualizado das questões em estudo. A segunda parte apresenta os dois estudos empíricos realizados e a sua integração numa conclusão final.

Deste modo, a primeira parte, designada de fundamentos teóricos e empíricos, está organizada em três subtemas. No primeiro subtema, intitulado ansiedade e funcionamento interpessoal, salienta-se a relevância do estudo do funcionamento interpessoal e a sua associação a problemas de ansiedade. Passa-se de seguida a uma conceptualização do desenvolvimento e manutenção das manifestações da ansiedade em análise: a perturbação de ansiedade social e a perturbação de pânico, tomando como referência diferentes perspectivas teóricas. O segundo subtema, designado funcionamento interpessoal e aliança terapêutica, revê as contribuições que salientam a importância da relação/aliança terapêutica no processo terapêutico. É feita uma descrição do modelo de Bordin (1979) sobre a aliança terapêutica e são apresentadas as diferentes linhas de estudo nesta área: a sua associação aos resultados terapêuticos, os fatores que influenciam o seu desenvolvimento e a forma como variam os seus componentes durante o processo terapêutico. Posteriormente, é descrita a literatura que mostra como a aliança terapêutica pode contribuir para a emergência de novas formas do cliente se relacionar e apresentam-se os estudos que demonstram quais as mudanças interpessoais que os indivíduos identificam após um processo terapêutico de sucesso. O último subtema, relativo à experiência ótima e ao funcionamento interpessoal, discute os conceitos de experiência subjetiva e seleção psicológica, integrados no modelo subjacente ao estudo da experiência subjetiva. Aborda-se então a caracterização e definição do conceito de experiência ótima ou *flow*, com a especificação dos seus elementos e características, bem como as suas implicações para o desenvolvimento humano. Sucede-se a ligação da experiência ótima às relações interpessoais e à patologia. Finalmente, expõem-se os argumentos da literatura para a psicoterapia como oportunidade de mudança, reorientando os indivíduos na procura de experiência ótima, de forma a potenciar os seus recursos.

A segunda parte, composta pela componente empírica da tese, apresenta a metodologia, dois estudos e uma discussão integradora. A metodologia descreve os participantes, os terapeutas, o processo terapêutico, as medidas e instrumentos, o procedimento e as análises estatísticas e tratamento de dados. O primeiro estudo versa sobre a análise da relação interpessoal no processo terapêutico. Este estudo pretendeu responder a dois objectivos específicos, o primeiro acerca da possibilidade de ocorrência de diferentes padrões de aliança terapêutica em indivíduos com diagnósticos de perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico, e o segundo sobre a possível ocorrência de experiências ótimas no contexto da consulta com estes indivíduos. Procurou-se também neste estudo perceber qual a relação entre aliança terapêutica e experiência ótima no contexto terapêutico. No segundo estudo, a atenção voltou-se para a vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, quando estão em processo terapêutico. Foi explorado o dia a dia destes indivíduos através da análise das variáveis: pensamento, companhia, emoções, satisfação consigo próprio, percepção de desafios, percepção de competências e canal experiencial que apresentavam, tentando identificar possíveis mudanças na vida diária ao longo de diferentes fases do processo terapêutico.

A dissertação termina, com uma discussão geral que integra e reflete os resultados dos dois estudos, articulando os dois contextos de vida dos indivíduos com os diagnósticos de ansiedade estudados: o contexto terapêutico e a vida extraterapia ou vida diária dos indivíduos. O seu objetivo foi discutir a possível associação dos resultados nestes dois contextos na explicação das mudanças identificadas nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade que se envolvem num processo terapêutico. São ainda apresentadas as limitações do estudo e identificadas as implicações futuras.

CAPÍTULO TEÓRICO

1. Fundamentos teóricos e empíricos

1.1 Ansiedade e funcionamento interpessoal

- 1.1.1 *Perspetiva sintomatológica*
- 1.1.2 *Perspetiva desenvolvimental*
- 1.1.3 *Perspetiva cognitivo-comportamental*
- 1.1.4 *Perspetiva construtivista*
- 1.1.5 *Perspetiva interpessoal*

1.2 Aliança terapêutica e funcionamento interpessoal

- 1.2.1 *Relação terapêutica e aliança terapêutica*
- 1.2.2 *Aliança terapêutica e resultado do processo terapêutico*
- 1.2.3 *Desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico*
- 1.2.4 *Funcionamento interpessoal e aliança terapêutica*
- 1.2.5 *Relação terapêutica como oportunidade de mudança do funcionamento interpessoal*
- 1.2.6 *Mudança no funcionamento interpessoal de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade*

1.3 Experiência ótima e funcionamento interpessoal

- 1.3.1 *Experiência subjetiva e seleção psicológica*
- 1.3.2 *Experiência ótima*
- 1.3.3 *A experiência ótima e as relações interpessoais*
- 1.3.4 *Psicopatologia e experiência ótima*
- 1.3.5 *Terapia como oportunidade de mudança: psicopatologia e funcionamento ótimo*

2. Objetivos orientadores da tese

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS E EMPÍRICOS

1.1 Ansiedade e Funcionamento interpessoal

Todos os seres humanos possuem uma necessidade de pertença, que funciona como uma motivação orientando os nossos pensamentos, emoções e comportamento interpessoal (Baumeister, & Leary, 1995). Satisfazer esta necessidade implica e pressupõe o envolvimento em interações frequentes e positivas com os outros. Embora manifestando esta necessidade de pertença, algumas pessoas apresentam dificuldades persistentes em estabelecer e manter relações com os outros, percecionando-se, assim, como socialmente isoladas, facto que favorece a sua maior probabilidade de experienciar solidão, depressão, ansiedade e raiva (Cacciopo et al., 2000; Chipuer, 2001). A solidão é um forte indicador de problemas nas relações interpessoais associado a vários diagnósticos de perturbações, como a ansiedade e a depressão (Heinrich, & Gullone, 2006).

Os modelos transdiagnósticos das perturbações afectivas assentam na premissa de que há um elemento comum que influencia quer as perturbações de ansiedade, quer as perturbações depressivas (Norton, & Philipp, 2008). Esse elemento tem vindo a ser designado por afeto negativo e consiste numa tendência estável e hereditária de experienciar sentimentos negativos (preocupação, ansiedade, auto-crítica e visão negativa sobre si próprio) cuja sensibilidade volátil resulta nas diferentes perturbações mencionadas. Porém, enquanto na depressão há uma baixa afetividade positiva e uma hipoativação fisiológica, a ansiedade caracteriza-se por uma hiperativação fisiológica. De acordo com esta perspetiva, Norton e Philipp (2008) propõem critérios para um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade. Assim, salientam a importância da distinção entre medo e ansiedade, sublinham a relevância das estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo, mas desvalorizam a especificidade do estímulo que dá origem aos estados emocionais. Tal não significa, contudo, que na avaliação do diagnóstico de perturbação de

ansiedade não seja recolhida informação relativa às situações específicas que provocam ansiedade, aos temas dos pensamentos ou aos tipos de incidentes traumáticos, mas antes que há elementos e processos comuns aos diferentes tipos de manifestações de perturbação de ansiedade. Em comum, estas diferentes manifestações têm subjacente a emoção da ansiedade, manifestada na hiperativação fisiológica, que se encontra sob uma atenção constante e é sujeita a interpretações negativas, que identificam a emoção como problemática e acentuam a necessidade do seu evitamento (Leahy, 2007). Este evitamento, conseguido através de estratégias de fuga ou dissociação, consumo excessivo de álcool ou outras substâncias, para além do seu efeito nocivo a curto prazo, produz no indivíduo sentimentos de perda de controlo; não eliminando o medo de base, nem favorecendo a reavaliação da experiência, o evitamento perpetua-se através da ruminação. Esta ruminação, por sua vez, alimenta-se das interpretações negativas, que favorecem, assim, a manutenção da perturbação criando-se ciclo de catastrofização, evitamento e ruminação que perpetua o problema.

A presente tese centra a sua atenção nos diagnósticos de perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico. Estes distúrbios são entendidos como diferentes manifestações do diagnóstico de perturbação de ansiedade exibindo, por um lado, comunalidades entre si e, por outro, especificidades próprias. Nomeadamente, no que respeita ao estímulo desencadeante do tipo de manifestação, no caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social, são as dificuldades no relacionamento interpessoal que aparecem relacionadas com o desenvolvimento e manutenção da perturbação. Já no caso do diagnóstico de perturbação de pânico, os acontecimentos interpessoais parecem relacionar-se mais com o começo da perturbação.

Starr e Davila (2008) observaram uma associação do diagnóstico de perturbação de ansiedade social com disfunção interpessoal, manifestando-se maioritariamente nas relações com os pares. Entre os componentes interpessoais associados ao diagnóstico de perturbação de ansiedade social encontraram uma menor competência social, uma menor confiança e comunicação nas amizades e um menor número de amigos próximos. Os

indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social apresentam ainda, tal como os indivíduos com diagnóstico de depressão, défices hedónicos (Kashdan, 2002, 2004). No entanto, apenas o diagnóstico de perturbação de ansiedade social parece estar negativamente relacionado com a curiosidade (Kashdan, 2004), que pode ser fundamental na construção de recursos pessoais e interpessoais, satisfazendo a necessidade de inclusão social. A literatura sublinha que a atividade social influencia o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida das pessoas (Csikszentmihalyi, 1990) e covaria com o afecto positivo diário (Reis et al., 2000).

No caso do diagnóstico de perturbação de pânico os estudos mostram que no ano que antecede o desenvolvimento da perturbação a maioria dos indivíduos experienciam problemas interpessoais (Kleiner, & Marshall, 1987; Rapee, Litwin, & Barlow, 1990; Scocco, Barbieri, & Frank, 2007). Scocco e colaboradores (2007) verificaram que os indivíduos relatavam acontecimentos em pelo menos duas áreas interpessoais, sendo que identificavam défices interpessoais, como a ausência de relações ou relações inadequadas, apontavam uma disputa interpessoal com alguém significativo ou relatavam a morte de uma pessoa significativa. Já no estudo de Rapee e colaboradores (1990) foram identificados acontecimentos de vida, ocorridos em período anterior ao desenvolvimento da perturbação, relacionados com a saúde, relações interpessoais e carreira/finanças; uma miscelânea de acontecimentos das diferentes áreas aparecia como mais frequente. Kleiner e Marshall (1987) constataram que a maioria dos indivíduos experienciava conflitos relacionais ou matrimoniais severos e prolongados nos seis meses anteriores ao desenvolvimento da perturbação. Entre os stressores mais comuns encontravam-se os conflitos familiares, o divórcio, o casamento, o isolamento social, a morte de um ente querido e a mudança de residência. O desenvolvimento de cada uma destas perturbações, analisado segundo a ótica de diferentes perspetivas teóricas, permite perceber melhor a especificidade dos correlatos interpessoais a elas associados e compreender o diferente impacto desses mesmos correlatos.

Perspetiva sintomatológica

Fator importante para o diagnóstico de perturbação de ansiedade como um problema clínico é a sua influência no dia a dia da pessoa e o desconforto que ela sente em relação ao medo associado.

No diagnóstico de perturbação de ansiedade social está presente um medo excessivo de diversas situações sociais, devido à preocupação da pessoa em ser negativamente avaliada pelos outros, considerando que essas situações podem conduzir ao seu embaraço ou humilhação (American Psychiatric Association, 2002). Estudos epidemiológicos (ver Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005; Lipsitz, & Schneier, 2000) mostram uma prevalência do diagnóstico de perturbação de ansiedade social durante a vida de 6,65%, que é mais comum nas mulheres, tende a começar na infância ou adolescência, ter um curso crónico (quando não tratada) e apresentar elevadas taxas de incidência em jovens adultos (com uma média de idades entre os 30).

Quando analisado o impacto do diagnóstico de perturbação de ansiedade social no funcionamento da pessoa são identificados custos a nível educacional, na área laboral e social. A nível educacional, estas pessoas apresentam dificuldades académicas, tais como, maior número de faltas e reprovações, e também um nível de realização educacional inferior (Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996). Na área laboral são referenciados atrasos sucessivos, absentismo, baixa produtividade e despedimentos sucessivos (Davidson et al., 1993; Greenberg et al., 1999). O impacto a nível social do diagnóstico de perturbação de ansiedade social acaba por ser uma redundância, uma vez que ela é definida pelo desconforto social e consequente evitamento de situações sociais. Estas pessoas tendem a ser solteiras e viver sozinhas (Alden, & Taylor, 2004; Norton et al., 1996), verificando-se também que têm um menor número de amigos ou contactos sociais e relatam falta de uma rede de apoio social (Alden, & Taylor, 2004; Lepine, & Lellouch, 1995).

No diagnóstico de perturbação de pânico existem ataques de pânico inesperados e recorrentes, seguidos por uma preocupação constante com a ocorrência de novos ataques, ou preocupação acerca das implicações dos ataques ou suas consequências, ou ainda manifesta-se uma alteração significativa no comportamento do indivíduo relacionada com os ataques (American Psychiatric Association, 2002). Tipicamente, a perturbação de pânico tem uma prevalência de 1,5% a 3,5% durante a vida, surge no final da adolescência ou a meio dos 30 anos, sendo mais comum entre as mulheres (ver Lépine, 2002).

No diagnóstico de perturbação de pânico a perturbação afeta de forma adversa o normal funcionamento do indivíduo e a sua qualidade de vida, nomeadamente nas áreas financeira, familiar e de apoio social (DiBartolo, Hofmann, & Barlow, 1995). Os custos do diagnóstico de perturbação de pânico manifestam-se a nível de uma pobre saúde física e emocional, que potencia um maior *stress* psicológico e limitações no desempenho de papéis (Mendlowicz, & Stein, 2000). Os custos do diagnóstico de perturbação de pânico no funcionamento social destes indivíduos parece ser limitado, uma vez que os problemas que apresentam não reduzem assim tanto a sua mobilidade de forma a comprometerem os relacionamentos interpessoais (Stout, Dolan, Dyck, Eisen, & Keller, 2001). No entanto, também estes indivíduos tendem a passar mais tempo sozinhos, mas quando acompanhados não há diferença na quantidade de tempo que passam com familiares e com amigos (Dijkman-Caes & deVries, 1992).

Se no caso do diagnóstico de perturbação de pânico os indivíduos parecem manter relacionamentos significativos, ainda que com algumas limitações à mobilidade, no caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social, não é de estranhar o prejuízo que estas pessoas sentem na sua qualidade de vida, nomeadamente na área do relacionamento interpessoal. Independentemente do questionário usado, os estudos mostram uma menor qualidade de vida destas pessoas (Katzelnick et al, 2001; Safren, Heimberg, Brown, & Holle, 1997). Quando analisadas as subescalas de alguns questionários, podemos observar que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, avaliados pela *Zurich Quality of Life Scale*, indicam uma menor qualidade

de vida em áreas como os amigos, parceiro e infância (Bech, & Angst, 1996) e quando sujeitos à *Illness Intrusiveness Scale* denunciam uma maior ruptura nas relações sociais não familiares e na auto-expressão (Antony, Roth, & Swinson, 1998). Aliás, o diagnóstico de perturbação de ansiedade social encontra-se associado a um *stress* interpessoal crónico na vida destes indivíduos, relação que é moderada pela baixa extroversão que eles apresentam (Uliaszek et al., 2010). Desta forma, podemos ver que, para além de impedir ou restringir o desenvolvimento de relações próximas, o diagnóstico de perturbação de ansiedade social pode ser destrutivo para as relações próximas existentes. Um estilo interpessoal, usado pelos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social nas suas relações interpessoais próximas, marcado por uma falta de assertividade, evitamento na expressão de emoções e uma grande dependência dos outros, associa-se a um aumento no *stress* relacional (Davila, & Beck, 2002). Este facto torna-se preocupante, nomeadamente, quando observamos que uma menor ansiedade social está associada a qualidades positivas numa relação de amizade próxima, enquanto qualidades negativas destas relações, nomeadamente vitimização relacional, predizem sentimentos de depressão e ansiedade social (La Greca, & Harrison, 2005). Nas relações românticas, o diagnóstico de perturbação de ansiedade social está associado a padrões de comunicação negativos (Wenzel, Graff-Dolezal, Macho, & Brendle, 2005). Assim, não é de estranhar que as relações que estes indivíduos desenvolvem sejam de menor qualidade e estas pessoas tendam a induzir reações negativas nos outros devido aos seus comportamentos ansiosos (Alden, & Taylor, 2004). Estudos sobre a postura das pessoas significativas que rodeiam os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social mostram que estas tendem a criticá-los dadas as suas características pessoais, como a irritabilidade e vivacidade em privado, que contrasta com a timidez em público, o evitamento de situações sociais, a comunicação ou expressão emocional restrita, a passividade e falta de iniciativa, e os hábitos enraizados, como chegar sempre atrasado (Fogler, Tompson, Steketee, & Hofmann, 2007).

Já na definição sintomatológica, se percebem, desde logo, diferenças entre estes diagnósticos. No caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social, a sintomatologia

envolve a preocupação com questões relacionais, uma vez que o alvo do medo é a avaliação negativa por parte dos outros. No caso do diagnóstico de perturbação de pânico, a preocupação reflete-se mais a nível da experiência corporal dos sintomas de um ataque de pânico e seu possível impacto. Deste modo, enquanto no diagnóstico de perturbação de pânico a atenção é focada na própria experiência corporal vivenciada, no diagnóstico de perturbação de ansiedade social a preocupação que pode haver nestes indivíduos consigo próprios está intimamente relacionada com os outros. Desta forma, enquanto os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico conseguem estabelecer relações interpessoais satisfatórias, os indivíduos que apresentam um diagnóstico de perturbação de ansiedade social têm dificuldade no estabelecimento e manutenção dessas relações.

Perspetiva desenvolvimental

De acordo com uma perspetiva desenvolvimental, a vinculação desenvolvida entre os pais e a criança afeta o desenvolvimento saudável da criança. Os pressupostos da teoria da vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1980) postulam que as experiências com os pais na infância afetam o funcionamento do indivíduo nas suas relações futuras. De acordo com esta perspetiva o padrão de interações repetidas torna-se internalizado em modelos mentais que guiam o comportamento social ao longo da vida.

A vinculação insegura tem sido associada ao diagnóstico de perturbação de ansiedade social (Brumariu, & Kerns, 2010; Erozkán, 2009; Kashdan, Elhai, & Breen, 2008). As pessoas com uma vinculação insegura percebem-se a si próprios como não tendo valor e percebem os outros como não estando disponíveis quando necessários. Por outro lado, podem também não conseguir confiar nos outros e sentir-se desconfortáveis em abrir-se ou aproximar-se deles. Estes estilos podem promover experiências em que os indivíduos se avaliam com competências insuficientes para lidar com as exigências da situação. O

medo dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social tem, habitualmente, o seu início na adolescência, estando relacionado com uma infância marcada pela inibição social e timidez; pode decorrer de uma experiência social stressante em que o indivíduo experienciou humilhação, estando a sua intensidade dependente das exigências e acontecimentos de vida stressores (American Psychiatric Association, 2002). Os indivíduos com ansiedade social relatam ter sido expostos a experiências relacionais compatíveis com estilos parentais de superprotecção (Taylor, & Alden, 2006). A superprotecção é manifestada pelos pais de crianças inibidas através de tentativas de dirigir e controlar o comportamento da criança (Mills, & Rubin, 1998). Desta forma, limitam a oportunidade da criança desenvolver independência (Rubin, Nelson, Hastings, & Asendorpf, 1999), fazendo com que ela desenvolva crenças de que os acontecimentos estão para lá do seu controlo (Chorpita, & Barlow, 1998) ou aumentando o seu nível de ameaça percebido (Hudson, & Rapee, 2001). Se a pessoa exhibe um elevado nível de ameaça percebido e percebe os acontecimentos como fora do seu controlo, e ao mesmo tempo sente que os outros não estão disponíveis, tenderá a experienciar uma ansiedade acrescida, evitando as situações sociais.

No caso do diagnóstico de perturbação de pânico, os estudos realizados não têm encontrado uma associação significativa entre o estilo de vinculação e este diagnóstico (Bifulco et al., 2006). Há, porém, referências na literatura a relatos de indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico que indiciam que os seus pais eram menos cuidadosos e mais protetores comparativamente aos pais dos sujeitos dos grupos de controlo (Pacchierotti et al., 2002; Wiborg, & Dahl, 1997).

Nesta perspetiva, vemos como apesar de um estilo parental comum associado ao desenvolvimento dos dois diagnósticos, marcado pela protecção, que promove uma maior percepção do mundo como perigoso e consequente ativação da emoção de medo na criança, apenas no caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social as interações com a figura de vinculação parecem promover um modelo interno mental em que a

pessoa sente que não tem valor e que os outros não vão estar disponíveis. Consequentemente, este modelo mental interno, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, tem repercussões negativas no funcionamento interpessoal destes indivíduos.

Perspetiva cognitivo-comportamental

Desde uma perspetiva cognitivo-comportamental, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, quando numa situação social centram-se em si próprios, ativando as suas crenças de dificuldade e perigo social percebido, acabando por se envolverem num ciclo comportamental que ativa e reforça as suas crenças disfuncionais (Clark, & Wells, 1995).

Cognitivamente, indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social são mais auto-focados, antecipam uma performance mais pobre, vêem-se a si próprios como tendo menos capacidades que os outros e demonstram um maior medo de uma avaliação negativa (Woody, & Rodriguez, 2000). Assim, sob o efeito da atenção auto-focada estes indivíduos antecipam e sentem mais ansiedade durante o desenrolar de uma tarefa, indicando que a atenção auto-focada exacerba e mantém a ansiedade social. Para além disso, o pensamento auto-focado pode promover a experiência de sintomas depressivos (Mor, & Winquist, 2002). A antecipação ansiosa faz com que os indivíduos entrem numa ruminação que é maior após situações sociais (Fehm, Schneider, & Hoyer, 2007), principalmente com estranhos e, em níveis elevados de ansiedade social, estando associada com aumentos no afeto negativo após interações que envolvem a revelação de questões pessoais (Kashdan, & Roberts, 2007).

Adicionalmente, há uma associação entre a ruminação e o evitamento de situações sociais possivelmente negativas, uma vez que indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social relembram mais frequentemente experiências negativas e afirmam que estas memórias são intrusivas e comprometem a sua concentração (Rachman, Gruter-

Andrew, & Shafran, 2000). Após uma situação social, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social relembram-na desde uma perspectiva de observador que se acentua à medida que o tempo passa (Coles, Turk, & Heimberg, 2002) e recordam mais feedback negativo, revendo estes pensamentos várias vezes após uma semana (Edwards, Rapee, & Franklin, 2003). Foi demonstrado que indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social têm dificuldades no controlo de pensamentos negativos indesejados (Fehm, & Margraf, 2002). O estudo da supressão do pensamento provou a existência de um efeito paradoxal que faz com que os indivíduos que estão a tentar não pensar em algo pensem mais frequentemente nas questões relacionadas com o problema (Wegner, Schneider, Carter III, & White, 1987). A supressão do pensamento tem também o poder de ligar o pensamento suprimido com o humor relacionado, conduzindo ao aparecimento de um quando o outro ocorre (Wenzlaff, Wegner, & Klein, 1991). Uma forte relação entre humor negativo que ocorre naturalmente e pensamento negativo conduz a um aumento no relato de sintomas depressivos (Wenze, Gunthert, & Forand, 2010). Provou-se que a intolerância à incerteza modera a relação entre acontecimentos de vida negativos e ansiedade (Chen, & Hong, 2010). Indivíduos que acreditam que a incerteza tem um impacto negativo na sua performance e reflecte uma imagem negativa de si próprios estão em risco de se sentirem mais ansiosos quando se deparam com problemas diários. Assim, comportamentalmente os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social ou evitam estas situações sociais ou desenvolvem comportamentos de segurança, que apesar de implementados para prevenir ou minimizar a catástrofe temida, quando ela não ocorre, fazem com que atribuam o sucesso ao comportamento, em vez de percepcionarem a situação como menos perigosa do que o que tinham antecipado (Clark, 2001).

No caso de diagnóstico de perturbação de pânico, a perspectiva cognitivo-comportamental (Fava, & Morton, 2009) mostra-nos como nestes indivíduos há um baixo limiar para experienciar ansiedade, que é determinado biologicamente. Desta forma, cognitivamente há um estímulo (que pode ser externo ou interno) que aciona uma percepção de ameaça,

conduzindo a uma maior apreensão, que faz com que estes indivíduos estejam atentos às suas sensações corporais e as interpretem como catastróficas. Estas cognições envolvem o medo de morrer, ficar maluco ou experimentar embaraço social causado pelas sensações corporais associadas à ansiedade. Da mesma forma que no diagnóstico de perturbação de ansiedade social, o padrão cognitivo dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico apresenta uma atenção auto-focada e catastrofização que cria um ciclo vicioso uma vez que faz com que estejam mais atentos às ameaças do meio. Se para alguns autores este padrão dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico está associado a uma ameaça aprendida (Salkovskis, Clark, & Gelder, 1996), outros associam-na a uma baixa auto-eficácia que faz com que a pessoa se sinta ineficaz a produzir mudança no ambiente que até pode promover potenciais oportunidades (Bandura, 1987) e outros ainda a uma vulnerabilidade em que a pessoa considera que não tem controlo sobre os perigos (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Este padrão cognitivo em interacção com as sensações corporais experienciadas biologicamente produz a manifestação comportamental do ataque de pânico.

Apesar de nas duas perturbações estarem presentes processos cognitivos comuns, como a atenção auto-focada, a ruminação e a intolerância à incerteza, é o conteúdo das crenças, que se tornam foco de atenção, que diferencia os dois diagnósticos. Enquanto no diagnóstico de perturbação de ansiedade social o foco da atenção é o comportamento interpessoal do indivíduo, no diagnóstico de perturbação de pânico são os sintomas físicos o alvo da atenção, deste modo é de esperar um maior impacto destas preocupações no desenvolvimento da interação com os outros no caso do diagnóstico de perturbação da ansiedade social do que no diagnóstico de perturbação de pânico.

Perspetiva construtivista

A perspetiva do construtivismo pessoal parte do postulado base de que os processos de significação de um indivíduo são psicologicamente canalizados pela forma como ele antecipa os acontecimentos de vida (Kelly, 2003). De acordo com esta perspetiva, o indivíduo antecipa esses acontecimentos com base na construção de réplicas de experiências passadas, e por seu lado, o seu sistema de construção de significados varia em função da construção sucessiva das réplicas destes acontecimentos. O funcionamento óptimo, nesta perspetiva, é caracterizado pelo percurso na construção de significações pessoais que Kelly (1955) denominou de ciclo da experiência. Este ciclo inicia-se com a antecipação de um acontecimento de vida particular, tendo por base o sistema de significação pessoal anteriormente operativo sobre réplicas desse acontecimento, ou seja face a um acontecimento particular de vida o sujeito activa as suas expetativas ou significados pessoais. Habitualmente, o indivíduo está disponível para explorar e para se deixar influenciar pela vivência desse acontecimento, de um modo que não coloca em perigo o seu sistema de significação. Na fase do encontro com a experiência do acontecimento antecipado, o indivíduo confronta as suas antecipações e expetativas com a realidade e tem a possibilidade de avaliar se as suas antecipações são validadas ou invalidadas e, como consequência, poderá consolidar ou rever o seu sistema de significação. O funcionamento ótimo implica um equilíbrio entre processos de constrição e dilatação das significações pessoais, de modo contingente com processos quer individuais, quer interpessoais (Walker, & Winter, 2005).

De acordo com esta perspetiva, a perturbação é resultado de uma construção de significação pessoal rigidificada e antecipada repetidamente apesar de uma invalidação consistente (Winter, 2003). Assim, de acordo com a perspetiva do construtivismo pessoal, nos indivíduos com algum tipo de perturbação psicológica há uma falha ou bloqueio no ciclo de experiência. Quanto mais cedo nestas fases do ciclo ocorrer esse bloqueio, mais severa é a perturbação. Embora a perturbação consista numa falha ou bloqueio no ciclo da experiência, se for temporária, pode ter um carácter protetor evitando a ameaça do

sistema que no momento se apresenta rigidificado. Porém, a consequência é a imobilidade e incapacidade de reconstruir e significar realidades que o indivíduo enfrenta.

Enquanto no funcionamento ótimo há uma interação cíclica e equilibrada de estratégias constatantes, que permitem a validação e invalidação, na perturbação há o uso exclusivo de uma estratégia (Winter, 2003).

Uma dessas estratégias é a constrição nos processos de significação que Winter e Metcalfe (2005) associam ao desenvolvimento do diagnóstico de perturbação de ansiedade. Esta estratégia interrompe o ciclo de experiência na fase do encontro. Isto acontece porque os indivíduos que utilizam esta estratégia tentam minimizar as incongruências na construção de significado pessoal através do estabelecimento de limites do campo perceptual. Estes limites são reduzidos e, apesar de produzirem um alívio temporário da ansiedade, por diminuírem a ameaça ao sistema de significação pessoal, vão fazer com que as situações fora do âmbito de conveniência do sistema de significação, não sendo significadas, se acumulem e ameacem o indivíduo com uma ansiedade ainda maior. A agorafobia, enquanto evitamento de determinados contextos ou situações, neste sentido, reflete uma expressão a nível comportamental do processo de constrição na capacidade operativa do sistema de significação do indivíduo. Ela pode ajudar os indivíduos a evitar os acontecimentos que provocam ansiedade, ou seja, aqueles acontecimentos que os indivíduos não conseguem prever ou antecipar a partir do seu sistema de significação pessoal.

Winter (2003) identifica as consequências negativas do uso exclusivo de uma estratégia ou dimensão de significado pessoal, para fazer sentido do mundo pessoal e lidar com a invalidação das antecipações ou construções de significado. Uma dessas consequências é a dificuldade experienciada na significação das relações interpessoais, uma vez que o indivíduo irá apresentar dificuldades em antecipar os acontecimentos associados a outras pessoas. Outra consequência é a dependência de apenas uma pessoa, ou, por outro lado, de um grande número de pessoas para satisfazer as suas necessidades. No funcionamento

ótimo há uma variedade de relações de dependência de diferentes tipos para satisfazer essas necessidades.

Para além deste uso exclusivo de uma estratégia ou processo de construção, ou até dele decorrente, a perturbação nesta perspetiva também pode estar associada ao conteúdo do sistema de construção da pessoa (Winter, 2003). A pessoa pode criar um padrão de construção idiosincrático, mudando o significado dos construtos, numa tentativa de evitar a invalidação. Apesar dos resultados das investigações demonstrarem alguns problemas e inconsistências, Winter (1992), numa revisão dos estudos sobre ansiosos e agorafóbicos mostra como as construções dos indivíduos são marcadas por temas de controlo interpessoal, em que há uma baixa consciência cognitiva da construção na área dos conflitos interpessoais e um subsistema de construção pouco elaborado relativamente às emoções. Estes indivíduos tendem a significar os outros de forma favorável e esta forma de antecipar os outros permite que evitem conflitos interpessoais. Contudo, uma tal perceção dos outros causa problemas a nível da construção das emoções, uma vez que há uma negação ou evitamento de emoções intensas. No contexto familiar parece haver regras rígidas quanto à expressão de emoções e enquanto crianças estes indivíduos foram protegidos da invalidação da sua construção pessoal. Esta proteção seria realizada através da inibição da exploração, uma vez que qualquer tipo de ativação emocional era significada como fragilidade, colocando, desse modo, o sistema do self em causa.

Em suma, de acordo com a perspetiva do contrutivismo pessoal, a experiência de ansiedade equivale a um bloqueio específico no ciclo de experiência de (re)construção de significados pessoais, gerador da consciência de que alguns acontecimentos, nomeadamente os de natureza interpessoal, saem fora do âmbito de conveniência do sistema de significação do indivíduo.

Perspetiva interpessoal

De acordo com a perspectiva interpessoal, na interação com os outros e ao demonstrarem determinado tipo de comportamentos, os indivíduos tendem a promover nos outros comportamentos complementares (Horowitz et al., 2006). O modelo interpessoal de Kiesler (1983) descreve as bases teóricas deste processo. As variações no comportamento interpessoal ocorrem ao longo de duas dimensões ortogonais: a necessidade de controlo (dominância versus submissão) e a necessidade de afiliação (amabilidade versus hostilidade). Estas dimensões encontram-se associadas a preocupações motivacionais que as pessoas experienciam ao lidar com os outros. A dimensão dominância versus submissão encontra-se ligada à necessidade de agência e a dimensão afiliação versus hostilidade à necessidade de comunhão. No seu relacionamento com os outros os indivíduos estão continuamente a negociar quão amigáveis vão ser e quão em controlo vão estar. Este modelo enquadra o princípio da complementaridade interpessoal assente em dois pressupostos: (i) os comportamentos interpessoais de um indivíduo tendem a produzir comportamentos complementares dos outros; e (ii) ao longo do tempo, estas sequências interpessoais originam padrões estáveis e repetitivos de relacionamento interpessoal. Relativamente ao primeiro pressuposto, a complementaridade no eixo da dominância versus submissão ocorre de forma recíproca, isto é, uma maior dominância de uma das partes corresponde a uma maior submissão da outra. Por outro lado, a complementaridade no eixo afiliação versus hostilidade ocorre por correspondência, significando que, a uma maior afabilidade, o outro responde com maior afabilidade. Os dados da investigação têm vindo a comprovar esta complementaridade interpessoal, nomeadamente nos comportamentos amigáveis-dominantes e amigáveis-submissos, e também nos comportamentos hostis-submissos e amigáveis-dominantes; no que respeita à complementaridade nos comportamentos hostis-dominantes os resultados recolhidos são, contudo, controversos (Orford, 1986; Sadler, Ethier, Gunn, Duong, & Woody, 2009). As pessoas confirmam o seu auto-conceito através das interações sociais, pela assimilação seletiva do *feedback* que permite manter uma certa congruência. No sentido de manter

esta congruência, os comportamentos interpessoais da pessoa estão organizados para que haja uma tendência para que as outras pessoas tratem o indivíduo como ele está habituado a ser tratado, criando-se, desta forma, um sistema interpessoal de interações complementares confirmatórias (Andrews, 1990). De acordo com esta perspetiva, as relações interpessoais contribuem não só para o bem-estar dos indivíduos, mas também assumem um papel relevante no começo e na manutenção das perturbações através do estabelecimento de padrões interpessoais, derivados das experiências sociais, que tendem a ser perpetuados (Regambal, & Alden, 2010).

Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social caracterizam-se pela timidez, submissão, inibição e elevado controlo emocional (Beidel et al., 2007; Gilbert, 2001; Rao et al., 2007). Na necessidade de se apresentarem como perfeitos e tendo em vista o evitamento da rejeição, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social apresentam perfeccionismo. Ao evitar falar sobre os seus problemas, na tentativa de escondê-los, aumenta a sua ansiedade, alimentam a crença de não serem bem sucedidos na relação com os demais e de que estes ficam insatisfeitos com eles (Hewitt, Habke, Lee-Baggley, Sherry, & Flett, 2008). A sua percepção de rejeição social conduz a respostas afetivas negativas de hostilidade, inveja, depressão e ansiedade (Baumeister, & Tice, 1990; Leary, 1990) que comprometem o seu comportamento social. Quando em interação, estes indivíduos tendem a não reagir à rejeição de uma forma positiva ou prosocial e exibem mesmo respostas sociais mais negativas (Mallot, Maner, DeWall, & Schmidt, 2009). Ao exibirem comportamentos de hostilidade, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social convidam os outros a responderem com hostilidade, segundo o princípio da complementaridade. Desta forma, acabam por ser eles próprios os responsáveis pelo afastamento de terceiros, reforçando a sua percepção de rejeição. O seu medo desta possível rejeição faz com que, quando ela não é percebida, o seu comportamento interpessoal seja marcado por uma passividade acentuada, falta de assertividade, submissão, dificuldade em demonstrar sentimentos e um evitamento de situações sociais (Moscovitch, McCabe, Antony, Rocca & Swinson, 2007; Stangier, Esser, Leber, & Risch, 2006). A submissão exibida, de acordo com o princípio da

complementaridade, vai elicitar dos outros com quem interage comportamentos de dominância. A passividade que estes indivíduos demonstram faz com que a outra pessoa assuma a diretividade necessária para a interação funcionar. Sublinhe-se que, quer o comportamento hostil, quer o comportamento passivo reforçam o auto-conceito dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social enquanto pessoa desadequada no contexto interpessoal.

No caso dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico não é claro o tipo de comprometimento interpessoal dos ataques de pânico no seu funcionamento (Marshal, Zvolensky, Sachs-Ericsson, Schmidt, & Bernstein, 2008). A necessidade de controlo que exercem para evitar as sensações temidas pode manifestar-se a nível interpessoal, ativando nos outros comportamentos passivos. Caso se desenvolvam os sintomas de pânico receados, e no sentido de aumentar o conforto e garantir a segurança, pode surgir nestes indivíduos, por outro lado, a dependência aos outros, elicitando nestes comportamentos de dominância.

Independentemente do motivo que conduz os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social ou com diagnóstico de perturbação de pânico à terapia ser a perceção de um medo excessivo, a ausência de relações significativas, a dependência ou o sentimento de isolamento social, e entendida a terapia como um processo de natureza relacional, podemos antecipar algumas dificuldades neste processo, dado o carácter das relações interpessoais que os indivíduos com estas perturbações mantêm. Acresce a evidência de que, apesar das comunalidades entre os dois diagnósticos, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social apresentam um maior comprometimento a nível do seu funcionamento interpessoal.

1.2 Aliança terapêutica e funcionamento interpessoal

O processo terapêutico pode ser definido como um conjunto de procedimentos de natureza técnica organizados e orientados para a realização de objectivos específicos que visam a mudança do cliente (Hill, 1978). No entanto, esta forma de descrever o processo terapêutico é reducionista. Qualquer que seja o modelo teórico que defina este processo, é importante considerar a relação interpessoal que se desenvolve entre o terapeuta e o cliente. É no contexto da relação terapêutica que as estratégias terapêuticas são negociadas e implementadas tendo em atenção os objectivos de mudança. Se alguns modelos atendem a esta relação como uma pré-condição da terapia, outros entendem-na como o foco da própria terapia e dão-lhe uma relevância central (Ribeiro, 2009). Hatcher e Barends (2006) defendem que a técnica perde o seu valor terapêutico quando desligada da relação terapêutica que a contextualiza. Sendo assim, quer direta quer indiretamente, a relação terapêutica é basilar no processo de mudança do cliente.

Esta relevância da natureza relacional da psicoterapia, tem vindo a ser defendida na literatura pelos estudos centrados na explicação da eficácia da psicoterapia. Destes se infere a contribuição significativa dos factores comuns, constatação subjacente a diferentes modelos teóricos (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Newman, & Stiles, 2006). A este propósito, Lambert e Barley (2001) concluíram que 30% da variância nos resultados da psicoterapia é explicada por factores comuns, entre os quais se encontra a relação entre o terapeuta e o cliente, sendo que os factores técnicos específicos de cada modelo explicam 15% da variância.

Relação terapêutica e aliança terapêutica

No contexto de análise destes fatores comuns, a relação terapêutica tem recebido especial atenção dos investigadores. A operacionalização desta relação conduziu ao estudo de conceitos relacionais específicos, salientando-se nestes o conceito de aliança terapêutica. Se alguns autores defendem a relevância de tomar a aliança terapêutica como um conceito distinto e específico entre os vários conceitos relacionais (Horvath, 1995), outros entendem a aliança como uma variável genérica equivalente à relação terapêutica (e.g. Hardy, Shapiro, Stiles, & Barkham, 1998). Outros autores ainda entendem a aliança terapêutica como uma variável que remete para o clima terapêutico transversal a diferentes modelos teóricos (e.g. Salvio, Beutler, Wood, & Engle, 1992)

É nesta linha que Bordin (1979) propõe um modelo transteórico de aliança terapêutica, cujo pressuposto fundamental é o de que a aliança é um processo colaborativo e orientado para a mudança do cliente. Ao propor um modelo comum aplicável a diferentes abordagens teóricas, que assume a possibilidade de diferentes configurações pela valoração distinta das dimensões de aliança por cada modelo específico, Este modelo de Bordin foi o grande impulsionador da investigação sobre a aliança terapêutica (Ribeiro, 2009).

Na perspetiva de Bordin (1979; 1994) a aliança terapêutica é definida por três elementos. O primeiro destes elementos é o vínculo estabelecido entre o terapeuta e o cliente. Este vínculo é favorecido pelo desenvolvimento da confiança e compreensão mútua entre o terapeuta e o cliente ao longo do processo terapêutico. O segundo elemento da aliança terapêutica é o acordo entre o terapeuta e o cliente em relação aos objetivos do processo terapêutico. Este acordo define a orientação e o percurso do processo terapêutico, pela identificação das mudanças desejadas. Por fim, o terceiro elemento consiste no acordo entre o terapeuta e o cliente em relação às tarefas do processo terapêutico, necessário

para definir a forma de atingir as mudanças desejadas. Assim, a perspectiva colaborativa subjacente a esta conceptualização da aliança entende o cliente como um agente activo da sua mudança que, em conjunto com o terapeuta, aceita negociar os aspectos relacionados com o trabalho terapêutico (tarefas e objectivos) numa atividade terapêutica partilhada em que está patente a expressão dos sentimentos de gostar de, ter confiança, respeitar, apresentar compromisso e compreensão.

Aliança terapêutica e resultado do processo terapêutico

O aumento do número de estudos sobre aliança terapêutica, que desde a década de 80 se notou na investigação em psicoterapia, revela a diversidade de definições de aliança manifestas na construção de medidas de aliança ligadas a modelos teóricos específicos. Independentemente da sua medida, este investimento tem resultado, de um modo consistente, na conclusão de que a aliança terapêutica é um bom preditor dos resultados da psicoterapia e portanto um fator a considerar seriamente quando o objetivo é promover a mudança no cliente em psicoterapia (Liber et al, 2010; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2003; Sauer, Anderson, Gormley, Richmond, & Preacco, 2010). Uma primeira meta-análise sobre 24 estudos, desenvolvida com o objectivo de analisar a contribuição da aliança para os resultados da terapia, encontrou uma relação moderadamente robusta entre a qualidade da aliança e o resultado do processo terapêutico ($r=.26$) (Horvath, & Symonds, 1991). Posteriormente, Martin, Garske e Davis (2000) realizaram uma segunda meta-análise sobre 79 estudos, e de modo consistente com os resultados da primeira, encontraram uma relação moderada entre a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos ($r=.22$). Esta associação indica que a uma melhor qualidade da aliança está associado um melhor resultado terapêutico.

Desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico

Se num primeiro momento foi importante perceber o impacto da aliança terapêutica nos resultados, a conclusão consistente do valor preditivo da aliança para os resultados terapêuticos levou os investigadores a questionarem-se sobre a natureza dinâmica desta variável e a estudarem o seu desenvolvimento ao longo do processo (Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, & Park, 2006; Hersoug, Per Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009). Assim, surgiu o interesse em perceber como variavam os componentes da aliança ao longo da terapia e de que modo essa variação se associava ao sucesso terapêutico. O objetivo consistia em perceber a associação entre um padrão determinado de desenvolvimento da aliança e os resultados positivos em psicoterapia, emergindo uma outra linha de investigação focada no estudo da variação da aliança ao longo do processo.

Nesta linha de investigação incluem-se estudos que avaliam a aliança terapêutica em apenas um momento específico do processo terapêutico (Safran, & Wallner, 1991; Tyron, & Kane, 1993), estudos que analisam medidas de aliança tomadas em diferentes períodos de tempo da terapia (início, meio ou fim) (Klee, Abeles, & Muller, 1990), ou outros que examinam o desenvolvimento da aliança ao longo do tempo (Golden, & Robbins, 1990; Horvath, & Marx, 1990). Tem-se salientado a necessidade de se medir a aliança em diferentes momentos ao longo do processo terapêutico de modo a identificar o padrão de aliança desenvolvido continuamente ao longo do processo (Kivlighan, & Shaughnessy, 1995). No estudo longitudinal da aliança, o uso de modelos hierárquicos lineares tem representado um avanço, permitindo a análise da relação entre padrões de desenvolvimento da aliança e o sucesso terapêutico (Kivlighan, & Shaughnessy, 1995).

Assim, o estudo do desenvolvimento da aliança ao longo do processo tem permitido identificar vários padrões: (i) estável, (ii) de crescimento linear e (iii) curvilíneo (Gelso, & Carter, 1994; Kivlighan, & Shaughnessy, 1995, 2000). O primeiro padrão, aliança estável,

caracteriza-se por uma aliança terapêutica moderada que assim permanece durante o tratamento, não apresentando variações estatisticamente significativas. No padrão de crescimento linear a aliança terapêutica inicial tende a ser baixa e apresenta um aumento significativo ao longo do tempo. O padrão de crescimento curvíneo apresenta-se na forma de um U, e define-se por uma aliança terapêutica inicial alta, à qual se segue um acentuado decréscimo nos valores da aliança terapêutica, que voltam a crescer, atingindo os valores iniciais de aliança. Este último padrão é aquele que tem sido identificado na literatura como estando associado a melhores resultados no processo terapêutico (Kivlighan, & Shaughnessy, 2000). Estes estudos privilegiam a perspectiva do cliente para suportar a análise.

Funcionamento interpessoal e aliança terapêutica

A revisão da literatura no desenvolvimento da aliança terapêutica mostra que o desenvolvimento da aliança ao longo do processo é influenciado por diversos factores, quer associados ao terapeuta (e.g. estilos de comunicação, empatia, abertura e exploração, experiência e treino, personalidade e processos interpessoais), quer associados ao cliente (e.g. severidade do problema, tipo de problemas e qualidade das relações objetais ou de vinculação). Com o foco no relacionamento interpessoal, centramos a nossa atenção nos factores associados ao cliente, nomeadamente nos que se relacionam com o seu funcionamento interpessoal, assumindo este funcionamento interpessoal como sendo reflexo dos esquemas interpessoais e das dificuldades de natureza interpessoal dos indivíduos.

No que concerne à relação entre os esquemas interpessoais dos indivíduos e a aliança terapêutica, a literatura regista alguma contradição nos resultados encontrados. Enquanto alguns estudos têm demonstrado uma associação positiva entre o estilo amistoso-

submisso e a qualidade da aliança terapêutica inicial (Muran, Segal, Samstag, & Crawford, 1994), outros estudos indicam que um estilo submisso prediz uma baixa aliança terapêutica na terceira sessão, que se vai atenuando até ao fim da terapia (Paivio, & Bahr, 1998). Analisando estes estudos de forma a perceber estas diferenças, enquanto Muran e colaboradores (1994) recorrem a uma terapia composta por 20 sessões de orientação cognitiva, Paivio e Bahr (1998) têm por base uma terapia composta por 12 sessões de orientação experiencial. Portanto, parece haver um efeito da orientação terapêutica na relação entre os esquemas interpessoais e a aliança terapêutica. Quando nos focamos não no estilo em si, mas nos problemas interpessoais que a esse estilo estão associados, percebemos também diferenças nos resultados destes estudos. Enquanto no primeiro as associações dos problemas interpessoais são maioritariamente com os elementos da aliança relacionados com o acordo entre terapeuta e cliente em relação aos objetivos e tarefas do processo terapêutico, no segundo os problemas interpessoais surgem mais associados ao vínculo. Os autores concluem que a terapia experiencial é bastante exigente ao nível interpessoal, uma vez que promove o contacto e confronto com um outro imaginado, através da tarefa da cadeira vazia. Desta forma, consideram que utilizar esta estratégia com indivíduos que apresentam evitamento social, numa terceira sessão, pode ser uma dificuldade para estes indivíduos e pode comprometer o desenvolvimento da confiança no terapeuta, na medida em que podem sentir que o terapeuta não os compreende.

Por seu lado, Muran e colaboradores (1994), assumindo que há diferentes problemas interpessoais e que alguns podem ser mais prejudiciais para a aliança terapêutica, identificaram associações entre componentes da aliança e problemas interpessoais específicos. Nomeadamente, observaram que dificuldades do cliente em ser assertivo estão associadas positivamente à sua avaliação da aliança terapêutica, quer quando analisada globalmente, quer em relação às suas componentes de acordo face aos objetivos e acordo face às tarefas. A investigação em problemas interpessoais relacionados com hostilidade do cliente, por sua vez, tem apresentado resultados consistentes, demonstrando uma associação daqueles problemas com uma baixa aliança

terapêutica inicial (Paivio, & Bahr, 1998; Puschner, Bauer, Horowitz, & Kordy, 2005). No que concerne às dificuldades interpessoais no espectro do evitamento social, tem sido encontrada uma associação negativa entre este evitamento e a aliança terapêutica, ao longo de todo o processo terapêutico (Beretta et al. 2005; Paivio, & Bahr, 1998; Saunders, 2001). Da mesma forma, problemas interpessoais relacionados com frieza e desligamento aparecem associados a níveis baixos de aliança terapêutica inicial (Constantino, & Hansen, 2008; Hersoug et al., 2009).

As dificuldades de natureza interpessoal que se encontram associadas ao comprometimento da aliança terapêutica são consistentes com algumas das dificuldades anteriormente identificadas como estando associadas ao funcionamento dos indivíduos com diagnósticos com perturbação de ansiedade. O impacto dos outros nestes indivíduos, que em situações sociais ativa os seus padrões intra e interpessoais disfuncionais, faz pensar que, como os resultados de alguns estudos indicam, a relação terapêutica seja um contexto favorável à replicação dos padrões interpessoais disfuncionais do cliente (Beretta et al., 2005; Schauenburg, Kuda, Sammet, & Strack, 2000). Kiesler e Watkins (1989) no seu estudo sobre a relação da aliança terapêutica e a complementaridade interpessoal na fase inicial da terapia observaram que a forma como o cliente e terapeuta se complementam relativamente ao comportamento hostil parece ser importante para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva. O cliente necessita experienciar aceitação e aval da forma como se apresenta ao terapeuta, como pré-condição para a formação da aliança (Kiesler, 1996). A complementaridade na relação terapêutica pode favorecer uma auto-estima e auto-avaliação positiva dos indivíduos.

Aliança terapêutica como oportunidade de mudança do funcionamento interpessoal

Na aplicação do modelo interpessoal à terapia, a mudança está associada à capacidade do terapeuta responder de uma forma não complementar ao estilo interpessoal do cliente. Assim, o cliente experiencia as respostas do terapeuta como não reforçando os seus padrões e começará a experimentar novas formas de se relacionar. Andrews (1991) observou como em casos de sucesso havia uma maior não-complementaridade entre terapeuta e cliente que se associava também com a experiência de um humor mais positivo de ambos durante as sessões. No entanto, uma vez que a complementaridade assegura a manutenção de uma relação, esta não complementaridade deve acontecer de uma forma gradual. Assim, a terapia é encarada como um processo envolvendo três fases (Dietzel, & Abeles, 1975; Kiesler, 1983; Tracey, 1993). Numa primeira fase o objetivo consiste no estabelecimento de uma relação complementar para que o cliente sinta confiança e segurança. No entanto, para que a mudança ocorra e haja uma alteração do estilo interpessoal do cliente, o terapeuta numa fase intermédia deve afastar-se do estilo determinado pelo cliente e remover interações complementares inapropriadas. Com uma diminuição da complementaridade, há uma desconfirmação do estilo interpessoal do cliente que o lança numa busca de novos comportamentos, de forma a atingir um novo sentido para o self mais flexível e um aumento na integração interpessoal. Finalmente, com a adoção por parte do cliente de novos métodos de negociação da relação com o terapeuta, ocorrerá o estabelecimento de uma nova interação complementar mais saudável. Transições harmoniosas e subtis entre a complementaridade e a não complementaridade ao longo do tratamento podem maximizar os ganhos terapêuticos, uma vez que promovem no cliente uma segurança, num ambiente de confirmação, ao mesmo tempo que induzem mudança e crescimento (Bernier, & Dozier, 2002).

Desta forma, o processo terapêutico pode constituir-se como uma oportunidade do cliente e do terapeuta co-construírem uma nova forma do cliente se relacionar, diferente

da que é promovida pelos esquemas interpessoais patológicos desenvolvidos nas interações anteriores (Henry, & Strupp, 1994). Sendo a psicoterapia um processo de natureza interpessoal, o cliente irá tentar ativar no terapeuta reciprocidade social no sentido confirmatório dos seus esquemas interpessoais. O cliente com diagnóstico de perturbação de ansiedade, que procura ajuda na terapia para superar as suas dificuldades interpessoais, tenderá, de acordo com a literatura (Moscovitch et al., 2007; Stangier et al., 2006), a ser submisso, seja para evitar a rejeição, no caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social, seja pela dependência promovida pela segurança que o outro transmite, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico. O cliente espera, assim, que o terapeuta tome a iniciativa. No entanto, esta expectativa inicia um ciclo interpessoal que o terapeuta, atento e responsivo, pode interromper com uma intervenção alternativa à resposta que habitualmente o cliente recebe fora da terapia. Segundo o enquadramento interpessoal várias são as opções do terapeuta: ele poderá ser recíproco, declinar a reciprocidade, demonstrar uma reciprocidade desconfirmatória ou ser neutro (Andrews, 1990).

Na resposta complementar oferecida pela reciprocidade, o terapeuta reage segundo o que o cliente espera, com dominância. Desta forma há uma confirmação das expectativas do cliente, resultando daí um maior sentimento de conforto por parte do mesmo, uma vez que é este o tipo de funcionamento a que está habituado. No entanto, se continuada, esta reação do terapeuta pode comprometer a mudança pois não se constitui como alternativa aos padrões de interação anteriores do cliente. A reação neutra está associada a ações do terapeuta de reflexão de conteúdo e sentimento, que pretende comunicar aceitação ao cliente. Por outro lado, na reciprocidade desconfirmatória, onde o terapeuta é complementar no eixo da afiliação mas não complementar no eixo do controlo, o cliente percebe que as suas expectativas são irrealistas. Com a introdução gradual de novidade e, com um cliente com diagnóstico de perturbação de ansiedade que demonstra submissão, o terapeuta pode passar progressivamente de uma atitude de dominância para uma postura em que as mensagens amistosas são alvo de reciprocidade mas as de submissão não. Se num primeiro momento a liderança demonstrada pelo terapeuta faz com que o

cliente sinta confiança e aceitação, o recuo nessa postura leva a que o próprio indivíduo com diagnóstico de perturbação de ansiedade se torne mais ativo no processo terapêutico. Assim, o cliente modifica o seu comportamento desenvolvendo novas modalidades interpessoais (Andrews, 1990). Havendo uma ação do terapeuta no sentido de uma reciprocidade desconfirmatória podemos ter vários graus de discrepâncias entre as expectativas do cliente e a reação do terapeuta. Enquanto discrepâncias mínimas parecem ser desmotivadoras e discrepâncias extremas potencialmente ansiogênicas, as discrepâncias moderadas apresentam-se como as mais estimulantes para a mudança do cliente (Andrews, 1990). Daí a necessidade de ser um processo gradual em que, primeiramente, o terapeuta deve ser complementar à resposta do cliente, de forma a envolvê-lo nos esquemas interpessoais com os quais se sente confortável, e, progressivamente, ir introduzindo discrepâncias moderadas que estimulam a procura de novas formas de interagir por parte do cliente. Neste processo o cliente com confiança no terapeuta percebe que não tem que ser submisso para receber a sua atenção, e vai flexibilizando esta crença, sem que este processo invalide a visão que tem de si próprio como pessoa com valor. Tracey e Rohlifing (2010) identificaram uma associação negativa entre a percepção de traços interpessoais e rigidez interpessoal, satisfação com a vida, auto-confiança, gostar de si próprio, e complementaridade.

Nestas sequências de ação-reação entre cliente e terapeuta, o cliente pode ir modificando o seu funcionamento interpessoal, a nível cognitivo, emocional e comportamental, e terapeuta e cliente podem co-construir uma nova forma de o cliente se relacionar. Começar por uma atitude de reciprocidade desconfirmatória poderia implicar colocar em risco a colaboração terapêutica e poderia favorecer uma finalização precoce. Vários estudos têm mostrado que, na avaliação da sua experiência da terapia, os clientes tendem a considerar a relação desenvolvida com o terapeuta como relevante (Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008; Mortl, & Wietersheim, 2008). É interessante observar que entre os aspetos identificados pelos clientes como tendo impacto positivo na terapia se incluem a percepção de compreensão, envolvimento, suporte e contacto pessoal, que são temas inerentes à relação terapêutica (Timulak, 2007). Estudos centrados na percepção dos

clientes sobre quais as características dos terapeutas importantes para a aliança terapêutica revelam que os indivíduos consideram que o mais importante na contribuição dos terapeutas para a sua mudança é a sua postura de aceitação incondicional, compreensão e escuta activa, veiculada pela forma calma e estruturada em que questionam e comentam o que é dito (Littauer, Sexton, & Wynn, 2005). Daí ser importante uma atitude de respeito pelo cliente e escuta ativa por parte do terapeuta (Strupp, & Binder, 1993), de forma a favorecer o desenvolvimento do vínculo entre terapeuta e cliente, e a abertura à negociação para o acordo nos objetivos e tarefas, potenciando a segurança e papel activo do cliente na relação terapêutica. Com um cliente confiante e uma boa aliança desenvolvida, haverá espaço para uma postura de reciprocidade desconfirmatória do terapeuta, sem que o cliente com diagnóstico de perturbação de ansiedade se sinta ameaçado ou rejeitado e, assim, responda também ele alternativamente, promovendo-se a mudança interpessoal. Desta forma, a mudança pode estar associada a uma experiência relacional entre terapeuta e cliente, alternativa aos padrões de interação anteriores, em que estes são moderadamente desconfirmados mas em que o cliente se sente ao mesmo tempo compreendido e escutado.

Mudança no funcionamento interpessoal de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

Se concordamos que o desenvolvimento e gestão da aliança terapêutica constitui uma oportunidade para a reconstrução do cliente da sua forma de se relacionar e envolver em ciclos interpessoais funcionais, consideramos que será de esperar que esta reconstrução se generalize às suas relações desenvolvidas no contexto intersessão. Neste sentido, Bedics, Henry e Atkins (2005) relatam uma associação entre a experiência de cuidado por parte do terapeuta e mudanças no comportamento dos indivíduos em relação a outros significativos. Além disso, 3% dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

social que procura terapia considera que após terapia o seu relacionamento interpessoal com os amigos melhorou (Scheibe, & Albus, 1997). Os estudos sobre finalização mostram como, em experiências de finalização positivas, os indivíduos relatam como a mudança ocorre num processo de crescimento pessoal onde há uma relação terapêutica de qualidade (Fernandes, Coutinho, Mourão, & Mesquita, 2009; Knox et al., 2011).

Quando o funcionamento social dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, que recorrem a terapia, é avaliado após tratamento, os estudos mostram como a melhoria a nível social aparece como um processo gradual de diminuição das estratégias defensivas e atos auto-protetores, em paralelo, com um constante aumento nos contactos pessoais envolvendo iniciativa, auto-expressão, gosto e coragem (Stravynski et al., 2000). No entanto, há sempre uma dificuldade em atingir valores normativos (Eng, Coles, Heimberg, & Safren, 2001). Não obstante, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, após terapia, sentem uma melhoria em aspetos relacionados com a sua vida social e familiar, tempo livre, adaptação global, autoestima e assertividade (Antona, & Garcia-Lopez, 2008). Em estudos qualitativos, estes indivíduos relatam que se sentem mais aceites na sociedade e que aprenderam que podiam disfrutar da vida mesmo com alguma ansiedade, tendo-se reconetado com o mundo, tornando-se mais ativos socialmente, diminuindo o evitamento social e iniciando novas aventuras (McManus, Peerbhoy, Larkin, & Clark, 2010).

No caso do diagnóstico de perturbação de pânico foi observado que medos relacionados com catástrofes sociais estavam associados a um resultado negativo do tratamento, indicando que este tipo de medos, ao contrário das cognições catastróficas físicas ou mentais, interfere mais significativamente com o resultado da terapia (Hicks et al., 2005). Após tratamento, estes indivíduos demonstram melhorias no desempenho de papéis a nível emocional, energia, funcionamento social e saúde mental (Mavissakalian, Perel, Talbott-Green, & Sloan, 1998). A nível do funcionamento social apresentam melhorias quer na vida familiar, quer na vida social (Michelson et al, 1998). Nos estudos sobre o funcionamento social após remissão do diagnóstico de perturbação de pânico, é constatada uma melhoria da satisfação do cliente e do comprometimento no trabalho,

mas não há diferenças significativas no relacionamento com os amigos (Stout et al., 2001). Estes resultados podem dever-se ao facto de que, apesar de uma mobilidade limitada, as pessoas com diagnóstico de perturbação de pânico ainda conseguem manter relacionamentos com amigos sem grande comprometimento.

Nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade que recorrem a terapia ocorrem períodos de tempo em que o alívio sintomático é significativo num curto espaço de tempo, conceito designado por ganhos súbitos por Tang e DeRubeis (1999). Estes ganhos são identificados nos diferentes diagnósticos de perturbação de ansiedade e estão associados a níveis de sintomatologia no final da terapia mais baixos e a uma maior melhoria sintomática, bem como a uma maior mudança cognitiva observada (Norton, Klenck, & Barrera, 2010). No caso do diagnóstico da perturbação de ansiedade social, esses mesmos ganhos ocorrem ao longo do processo terapêutico, mas mais comunmente na sessão 5 os indivíduos demonstravam maiores níveis de sintomatologia no pré-tratamento e melhoravam mais no curso do tratamento (Hofmann, Schuls, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006). Nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, quando os ganhos súbitos são analisados a partir da primeira sessão de terapia, os resultados da investigação mostram como este tipo de ganhos ocorre a seguir à primeira sessão de terapia, sendo que a maioria dos ganhos se verifica nas primeiras três sessões, e apesar de se registar uma reversão destes ganhos, a maioria é mantida e está também associada a uma maior melhoria sintomatológica na finalização e mudanças nos enviesamentos cognitivos (Clerkin, Teachman, & Smith-Janik, 2008).

No entanto, quando a melhoria sintomatológica é alvo de análise, a literatura mostra como um número significativo de indivíduos com diagnóstico de perturbações de ansiedade apresenta sintomas residuais apesar do tratamento de sucesso da sua perturbação (Fava, 1996). No caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social, como já referido, foi identificada uma dificuldade nos indivíduos com esta perturbação em atingir valores normativos de ansiedade (Eng et al., 2001). Já no diagnóstico de perturbação de pânico os estudos mostram que há uma grande percentagem de indivíduos que, entre o primeiro e segundo ano após tratamento, recaem e esta recaída

está associada a agorafobia, ansiedade antecipatória, e acontecimentos de vida encarados como conflito (Heldt, Blaya, Kipper, Salum, & Manfro, 2008). Fava e colaboradores (2001) analisaram o bem-estar psicológico e sintomas residuais em indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico e agorafobia em remissão, comparando-os com controles. Observaram que indivíduos em remissão apresentavam maior angústia psicológica que controles, sendo os sintomas residuais mais comuns a ansiedade generalizada, a ansiedade somática, uma baixa auto-estima, agorafobia e hipocondriase. Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico em remissão também demonstravam menor bem-estar psicológico, apresentando dificuldades em lidar com questões do quotidiano (mestria ambiental), tinham um sentimento de estagnação (crescimento pessoal), faltava-lhes uma direção (propósito na vida), e sentiam-se insatisfeitos consigo próprios (autoaceitação).

Estas dimensões associadas a um bem-estar psicológico diminuído, na perspetiva de Ryff e Singer (2000), favorecem uma vulnerabilidade a possíveis adversidades futuras. Assim, entendem que a recuperação dos indivíduos não se atinge exclusivamente aliviando a sintomatologia negativa, mas também gerando condições positivas. Uma distinção é estabelecida entre intervenções que retiram a pessoa de um funcionamento negativo e a intervenções que facilitam a progressão em direção ao funcionamento positivo (Ruini, & Fava, 2008). Aliás os estudos sugerem um equilíbrio entre estes dois tipos de intervenção, uma vez que mudanças no bem-estar podem induzir uma diminuição na sintomatologia e a diminuição da sintomatologia pode afetar o bem-estar dos indivíduos (Tomba et al., 2010). O objetivo da psicoterapia deve consistir então em guiar o cliente de um nível disfuncional para um nível ótimo e a vivência da saúde e bem-estar deve ser promovida pela perceção por parte do indivíduo do seu potencial, envolvendo-se ativamente com outras pessoas e dando significado a atividades do dia a dia, num processo de auto-realização (Fava, & Ruini, 2003). Aliás, de acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (1999), a saúde mental reflete um funcionamento mental que conduz a atividades produtivas, ao desenvolvimento de relações satisfatórias com os outros e na capacidade de adaptação à mudança e em lidar com a adversidade. Desta forma,

podemos operacionalizar a saúde mental como um conjunto de sintomas que refletem o bem-estar subjetivo do indivíduo (Keyes, 2002). De acordo com esta operacionalização, inclui-se neste conjunto de sintomas o bem-estar emocional, que se refere à presença de afeto positivo, ausência de afeto negativo e uma percepção de satisfação com a vida. Outro elemento importante é a presença de um funcionamento positivo que consiste na auto-aceitação, desenvolvimento de relações positivas com os outros, crescimento pessoal, propósito na vida, competência ambiental e autonomia. Por fim, o bem-estar social reflete uma coerência social, atualização social, integração social, aceitação social e contribuição social. Assim, percebemos como é importante para a saúde mental das pessoas apresentar um equilíbrio pessoal e social que envolva sentimentos, pensamentos e comportamentos que demonstrem satisfação. De acordo com a psicologia positiva, o objetivo global da psicoterapia é desenvolver seres humanos mais fortes através da introdução de um maior prazer, envolvimento e significado nas suas vidas (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005).

O que podemos observar nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social que recorrem a terapia é que, após o tratamento, para além de uma redução da sintomatologia, observa-se também um aumento da satisfação e qualidade de vida. A redução sintomatológica nestes indivíduos deve traduzir-se numa mudança cognitiva em que a interpretação das experiências sociais é feita de uma forma alternativa, associada a uma alteração na experiência emocional, caracterizada por uma diminuição da ansiedade e depressão sentidas, e, ainda, a uma mudança comportamental marcada pela diminuição do evitamento social. Aliás, foi demonstrado que a eficácia das intervenções em pessoas com diagnóstico de perturbação de ansiedade social está associada ao sucesso na modificação dos padrões de pensamento disfuncionais (Wilson, & Rapee, 2005).

Relativamente aos fatores cognitivos mencionados, os estudos sobre a mudança em indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social que recorrem a terapia mostram como diminui a preocupação obsessiva destes indivíduos (Glinski, & Page, 2010; McEvoy, Mahoney, Perini, & Kingsep, 2009; Stravynski et al., 2000;), diminui a preocupação sobre a avaliação negativa dos outros (Cox, Walker, Enns, & Karpinski, 2002;

Hayes, Miller, Heimberg, & Juster, 2008; Wild, Hackman, & Clark, 2008; Wilson, & Rapee, 2005), diminui a atenção auto-focada (Wild, Hackmann, & Clark, 2007; McManus et al., 2009), há uma redução no enviesamento atencional para informação social ameaçante (Baños, Quero, & Botella, 2008), diminui a ruminação antecipatória e após acontecimento (Wild, et al., 2007; McManus et al., 2009), e diminui o *stress* associado e a quantidade de ansiedade experienciada nas memórias de situações sociais, bem como o próprio significado da memória muda (Wild et al., 2008).

No diagnóstico de perturbação de ansiedade social a perturbação é experienciada pelos indivíduos como uma forma de ser, que durante o processo terapêutico se transforma numa nova forma de ser (McManus et al., 2010). A sua forma de ser enquanto indivíduos com ansiedade social é caracterizada pelos próprios por experiências de desapego, vergonha e embaraço, e problemas em ser observado e julgado. Pelo contrário, na nova forma de ser há uma aceitação de si próprios e dos outros, com o desenvolvimento de uma auto-imagem mais positiva. Há também um alívio com a sua nova forma de ser e ainda relatam alguma ansiedade em certas situações sociais mas que é mais controlável e não tão desgastante.

Quando a qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social que recorrem a terapia é analisada, através de questionários de auto-relato retrospetivos, os estudos mostram melhorias significativas na perceção da qualidade de vida que se mantém ao longo do tempo (Eng et al., 2001; Ledley et al., 2009; Safren et al., 1997). No diagnóstico de perturbação de ansiedade social, os sintomas afetam a satisfação com a vida para além da incapacidade que causam (Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier, & Leibowitz, 2003). Após tratamento, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social há um aumento na satisfação, não só na realização, associada a atividades ocupacionais, de realização económica e *standard* de vida, como também no funcionamento social, relacionado com as atividades sociais e a qualidade das relações, e, em menor grau, no crescimento pessoal, marcado por atividades que promovem motivação intrínseca (Eng et al., 2001). Quando o humor após tratamento dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social é objeto de estudo,

observam-se melhorias no humor deprimido e ansioso (Ashbaugh et al., 2007; Rosa, Sánchez, Olivares, & Inglés, 2002; Rosser, Issakidis, & Peters, 2003; Stravynski et al., 2000). No caso de indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, o processo de mudança é caracterizado por uma procura do *self* que passa pela auto-compreensão e a reconquista do self (Hamer, McCallin, & Garret, 2009). A auto-compreensão demonstra o impacto do conhecimento da perturbação no self físico e psicológico, uma vez que o cliente compreende as condições que ativam o ciclo vicioso e lhe é ensinado como respirar apropriadamente. Na reconquista do *self* estão patentes as limitações que as pessoas com diagnóstico de perturbação de pânico experienciam ao sentirem-se isoladas e com medo, o que faz com que tenham que ser ativas. Reconquistar o *self* consiste em reconhecer que a responsabilidade do problema não está no *self* mas em ultrapassar o problema e isso consiste em libertar-se dos pensamentos e sentimentos ativados nos ataques de pânico.

No que concerne o diagnóstico de perturbação de pânico, após tratamento, a qualidade de vida destes indivíduos melhora a nível do funcionamento físico, dor física, da saúde geral, da vitalidade, do funcionamento social, do desenvolvimento de atividades e da saúde mental (Rufer et al., 2010). Estes resultados indicam que a melhoria sintomática é acompanhada por um alívio na vida diária dos problemas ou limitações que a perturbação provoca.

Em suma, a literatura mostra-nos então que, dada a natureza relacional do processo terapêutico, há um impacto dos padrões disfuncionais que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentam, nomeadamente os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, na perceção da qualidade da aliança terapêutica entre cliente e terapeuta. No entanto, constatamos também que a própria relação terapêutica pode ser um elemento que promove a mudança do funcionamento interpessoal do cliente. Cliente e terapeuta podem co-construir uma nova forma de o cliente se relacionar que se pode expandir às outras relações interpessoais que o cliente

apresenta, favorecendo o relacionamento interpessoal com os outros e promovendo a melhoria na qualidade de vida destes indivíduos. Desta forma, pretende-se que a mudança ocorra progressivamente, passando o cliente de um funcionamento patológico para um funcionamento normativo e ótimo.

1.3 Experiência ótima e funcionamento interpessoal

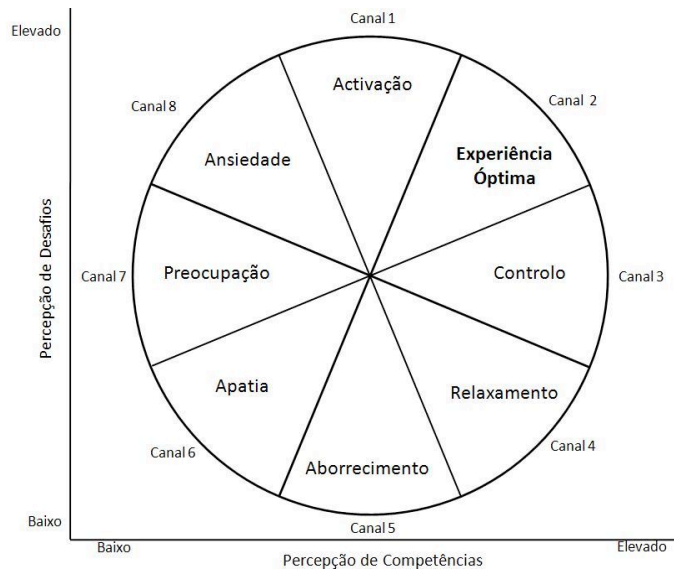
Dada a importância do funcionamento interpessoal que tem vindo a ser salientada, os indivíduos são entidades bio-culturais que se vão definindo através da interação das suas características biológicas com os contextos culturais (compostos pelos lugares frequentados, atividades realizadas e relacionamentos interpessoais estabelecidos) em que se movem (Massimini, & Delle Fave, 2000). Enquanto reprodutores e transmissores de informação, através dos genes (armazenadores de informação biológica) e dos *memes* (armazenadores de informação cultural), os indivíduos tornam-se os veículos desta transmissão de informação. O desenvolvimento e a adaptação dos indivíduos são construídos em relação à sua experiência subjetiva nas interações presentes nos acontecimentos de vida diários.

Experiência subjetiva e seleção psicológica

Na sua vida diária os indivíduos estão abertos a uma enorme diversidade de experiências, no entanto, através de uma *seleção psicológica* os indivíduos selecionam e replicam apenas uma pequena parte da informação a que estão expostos (Massimini, & Delle Fave, 2000). Na perspetiva destes autores, esta seleção está associada à consciência subjetiva-objetiva dos indivíduos e a uma limitação nos seus recursos atencionais. A limitação dos recursos atencionais faz com que os indivíduos foquem a sua atenção apenas em alguns objetivos, sendo que de acordo com este processo tenderão a focalizar-se naqueles que são importantes para si. Desta forma, algumas experiências vão ser replicadas e outras não.

Esta seleção é feita com base na qualidade da experiência subjetiva. A experiência subjetiva é composta por elementos cognitivos, emocionais e motivacionais que representam o processamento consciente da informação (Csikszentmihalyi, 1982). Os estudos mostram que os indivíduos tendem a replicar experiências associadas a um estado de consciência positivo e recompensador (Csikszentmihalyi, 1988). A experiência ótima ou *flow* é um tipo de experiência que reúne a concentração, o afeto positivo, e o interesse na realização da atividade, possuindo um papel fundamental na *seleção psicológica*. A *seleção psicológica* promove a complexidade na consciência pela integração constante da informação e replicação preferencial de experiências ótimas ou de *flow*, que por sua vez contribuem para o bem-estar do indivíduo (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011). Os acontecimentos e interações do indivíduo na sua vida diária são a base estruturante do seu percurso de vida (Freire, 2006). Ao longo da sua vida os indivíduos vão criando um tema de vida pessoal composto por um conjunto de interesses e objetivos que ambicionam (Csikszentmihalyi, & Beattie, 1979). Desta forma a seleção psicológica promove o desenvolvimento socio-cultural através da criação e replicação (ou extinção) de informação social pelo indivíduo no seu meio, e o desenvolvimento do meio para dar resposta às exigências inerentes ao desenvolvimento dos indivíduos que o constituem (Massimini, & Delle Fave, 2000).

Estes conceitos estruturam o modelo *Experience Fluctuation Model* (Delle Fave, & Massimini, 2005) desenvolvido com o objetivo de perceber a qualidade da experiência subjetiva dos indivíduos no seu envolvimento com os vários contextos de vida. Este é o modelo conceptual subjacente à experiência ótima utilizado nesta tese. Este modelo avalia a qualidade da experiência subjetiva baseando-se no balanço entre a percepção que o indivíduo faz de desafios e a sua percepção de competências, podendo identificar-se 8 canais experienciais (ver figura 1).



Fonte: Adaptado do livro *Finding Flow: the psychology of engagement with everyday life*, de Csikszentmihalyi, 1997

Figura 1. O Experience Fluctuation Model que preconiza oito canais para classificar a qualidade da experiência subjectiva em função da relação entre desafios e competências percebidos

Como podemos ver na figura 1, o modelo é composto por oito canais dispostos num plano cartesiano. Um equilíbrio no rácio percepção de desafios nas situações e a percepção de competências dos indivíduos pode dar origem a dois tipos de experiência: a experiência ótima (canal 2), se os desafios na situação e as competências do indivíduo são percepcionados como elevados; ou apatia (canal 6), se os desafios na situação e competências são percepcionados pelo indivíduo como baixos. O desequilíbrio no rácio entre percepção de desafios na situação e percepção de competências por parte do indivíduo pode também originar dois tipos de experiência: quando a percepção de competência nas situações é elevada e a percepção de desafios por parte do indivíduo é baixa, os indivíduos têm uma experiência de relaxamento (canal 4); quando a percepção de desafios na situação é elevada e a percepção de competências do indivíduo é baixa, os indivíduos têm uma experiência de ansiedade (canal 8). Os restantes canais são chamados canais de transição, uma vez que se referem a experiências intermédias, exibindo

características de canais adjacentes, em que uma das percepções na situação está dentro da média (Moneta, 2001).

Os estudos sobre as características psicológicas destes canais mostram que, no canal 2, designado de experiência ótima ou *flow*, as variáveis psicológicas relacionadas com a percepção de desafios na situação, percepção de competências pessoais, envolvimento, satisfação e gratificação intrínseca estão acima da média. Já no canal 6, simetricamente oposto ao canal 2, as pessoas relatam um estado de separação e desorganização psíquica (Delle Fave, & Massimini, 2005). No canal 4, relaxamento, a experiência é marcada por um afeto positivo mas baixa concentração. No sentido diametralmente oposto ao canal 4, no canal 8, ansiedade, as pessoas relatam um estado de concentração mas ao mesmo tempo sentem-se angustiadas.

Como referido anteriormente, as pessoas tendem a reproduzir experiências positivas, como a experiência ótima e, pelo contrário, tendem a evitar situações associadas com estados psicológicos negativos e disruptivos, tais como a apatia que é caracterizada pela percepção de baixos desafios, falta de concentração e envolvimento, e uma mobilização limitada dos recursos pessoais (Delle Fave, & Bassi, 2000).

Experiência ótima

A experiência ótima ou de *flow* define-se por um *equilíbrio entre percepção de desafios elevados e de competências elevadas*. Há nesta experiência uma percepção por parte do indivíduo de que a situação apresenta desafios elevados. Ao mesmo tempo o indivíduo percebe que tem competências elevadas para fazer face a esses desafios. O indivíduo perspetiva desta forma uma oportunidade para agir na situação com que se depara,

sentindo-se motivado para levar a cabo a tarefa que está a realizar (Csikszentmihalyi, 1988).

Este tipo de experiência é também caracterizado por:

- *concentração focada e intensa no momento presente e na tarefa em mãos*, em que a informação irrelevante não tem lugar (Csikszentmihalyi, 1990).

- *absorção na tarefa*, conseqüente do envolvimento profundo na atividade permitindo a realização da tarefa sem grande esforço. Há uma fusão da ação e consciência em que a atividade se torna automática, ainda que seja necessário treino para desenvolver as competências necessárias para a levar a cabo (Csikszentmihalyi, 1997).

- *perda de auto-consciência*, que deriva do envolvimento e a concentração profundos. Os indivíduos perdem a consciência de si próprios como separados da ação. Tal não implica que o indivíduo não se aperceba do que se passa no seu corpo ou mente, antes o que se perde ou se torna irrelevante é o conceito de si próprio. (Csikszentmihalyi, 1990).

- *alteração da noção do tempo*. Se por um lado parece passar mais rápido que o normal (Nakamura, & Csikszentmihalyi, 2009), outros relatos há em que os indivíduos conseguem controlar ao pormenor a passagem do tempo (Csikszentmihalyi, 1990).

- *resultados da tarefa como estando sob o controlo dos indivíduos* (Csikszentmihalyi, 1997). Não significa estar em controlo, mas antes exercer esse controlo proporcionando um sentimento de segurança e de poder relativamente a outras situações da vida diária nas quais os indivíduos não se sentem capazes de controlar o que lhes acontece.

- *objectivos claros*. A sua presença faz com que o indivíduo saiba exactamente o que quer atingir, aumentando o seu comprometimento e facilitando uma atenção focada (Jackson & Csikszentmihalyi, 1999).

- *regras claras e um feedback imediato* sobre o progresso na tarefa. Estes elementos facilitam o conhecimento do que deve ser feito e se o indivíduo está a ser bem sucedido, podendo reorganizar-se e ajustar a sua acção (Csikszentmihalyi, 1997).

- *compensação intrínseca*. A tarefa é deste modo um fim em si mesma (Csikszentmihalyi, 1990). A pessoa leva a cabo a tarefa pelo interesse e satisfação da própria tarefa.

A experiência ótima ou de *flow* apresenta assim uma configuração bem definida, com uma estrutura específica e de estabilidade intrínseca (Delle Fave, 2004).

Seligman (2002) considera a experiência ótima como promotora de envolvimento na vida. Este tipo de experiência leva a pessoa a persistir e reproduzir atividades e assim promove um aumento nas competências ao longo do tempo, pela procura crescente de maiores desafios (Nakamura, & Csikszentmihalyi, 2009). A experiência ótima está associada a um estado psicológico caracterizado pela eficiência cognitiva, motivação e felicidade (Moneta, & Csikszentmihalyi, 1996). As pessoas sentem-se completamente envolvidas e absorvidas pela tarefa em mãos e, apesar de percecionarem a tarefa como altamente desafiante, consideram que possuem as capacidades necessárias para a desenvolver. O envolvimento, o sentimento de felicidade, a auto-estima, a auto-competência, e a força, que sentem quando vivenciam experiência ótima ou *flow* fazem com que os indivíduos queiram repetir estas experiências procurando balancear os desafios e competências, quer pela aprendizagem de novas competências, quer pela procura de atividades mais desafiantes (Moneta, & Csikszentmihalyi, 1996). Os estudos têm apontado a experiência ótima como promotora de desenvolvimento na medida em que os indivíduos articulam desafios e competências no sentido de uma complexidade crescente em que o alvo da otimização consiste na experiência *per si* (Bandura, 2001; Delle Fave, & Massimini, 2005). Ao depararem-se com uma atividade ou tarefa que apresente desafios elevados e percebendo uma oportunidade de ação, uma vez que sentem que têm as competências elevadas para fazer face a esses desafios, a vivência de uma experiência ótima vai fazer com que o indivíduo sinta o desejo de repetir a experiência procurando atividades ou situações que apresentem desafios cada vez mais elevados que promovam as suas competências.

Apesar das implicações positivas da experiência ótima para o desenvolvimento, o seu carácter amoral (Csikszentmihalyi, 1990; Nakamura, & Csikszentmihalyi, 2002) faz com que

outros componentes ganhem relevância na avaliação das consequências das atividades promotoras de flow, como a criação de significado atribuída à experiência (Freire, 2011; Singer, 2004). Há atividades que apesar de destrutivas para o indivíduo e para a cultura podem providenciar experiências ótimas ou de flow (Nakamura, & Csikszentmihalyi, 2002). A literatura mostra como roubar, o jogo patológico ou o consumo de substâncias podem produzir experiências ótimas (e.g. Fonte, & Freire, 2010). Desta forma, ganha importância o significado atribuído à experiência (Freire, 2011). Relativamente ao significado, a experiência ótima pode ser considerada não só como um antecedente, como também um resultado (Delle Fave et al., 2011). Como antecedente, a procura da replicação de atividades promotoras de experiência ótima cria uma trajetória que salienta o significado que a pessoa atribui a essa experiência. A pessoa realiza a atividade porque a identifica como desafiante, e, por isso, procura novos desafios nessa atividade, desenvolvendo, como consequência as suas competências nessa área. Por outro lado, na sua interação com o meio, a pessoa pode conduzir a sua atenção para atividades ignoradas que produzem novos significados e resultam em experiências ótimas. No meio podem surgir recursos que conduzem a pessoa a uma diferente percepção da atividade, como algo em que ela pode encontrar desafios, fazendo com que ela se aperceba de que a atividade lhe dá bem-estar e prazer.

Desta forma, recursos individuais e sociais podem interferir na condução do comportamento para oportunidades de ação mais construtivas (Delle Fave et al., 2011). A nível individual uma personalidade autotélica (Asakawa, 2010; Nakamura, & Csikszentmihalyi, 2002), em que os indivíduos se caracterizam pela apresentação de uma motivação intrínseca, maior criatividade e a preferência de situações desafiantes que promovam oportunidades de aprendizagem e crescimento, promove uma maior predisposição para a vivência de experiências ótima ou *flow*. Socialmente, interações e contextos sociais positivos e atividades de lazer estão associados a estilos de vida mais saudáveis (Taylor, 2011).

A experiência ótima e as relações interpessoais

Durante a vida dos indivíduos, as relações interpessoais são um fator decisivo no crescimento pessoal uma vez que fornecem a confiança, auto-estima e apoio que a pessoa necessita (An, & Cooney, 2006; Myers, 2000; Noller, 2005). As pessoas que conseguem estabelecer relações estáveis e harmoniosas beneficiam de proximidade emocional, companhia e apoio na sua identidade a nível social (Sherman, Lansford, & Volling, 2006; Weisz, & Wood, 2005). As redes de apoio social, por sua vez, influenciam a seleção, início e manutenção de novos relacionamentos interpessoais.

As relações interpessoais são um dos elementos principais do qual depende a qualidade de vida das pessoas, pelo *feedback* que a comunicação com os outros proporciona ao indivíduo (Csikszentmihalyi, 1990). Estudos desenvolvidos com adolescentes mostram como estar com os amigos é uma das atividades mais frequentes em que estes experienciam *flow* e isto tem impacto a nível do humor, da confiança e da motivação intrínseca (Csikszentmihalyi, & Larson, 1984; Csikszentmihalyi et al, 1993; Delle Fave et al, 2002, 2003; Freire, Fonte, & Lima, 2007b). Os estudos demonstram como as pessoas tendem a ter um humor mais positivo quando estão com amigos (Bassi, & DelleFave, 2004; Csikszentmihalyi, & Hunter, 2003; Larson, Mannel, & Zuzanek, 1986; Lewinsohn, & Graf, 1973; Lewinsohn, & Libet, 1972) e o humor tende a ser negativo quando estão sozinhas (Csikszentmihalyi, & Hunter, 2003; Matias, Nicolson, & Freire, 2011).

Qualquer tipo de atividade é passível de produzir experiência ótima ou *flow* e todas as pessoas são capazes de identificar este tipo de experiência no decurso das suas vidas. Relativamente ao potencial das pessoas para transformar experiências comuns em experiências ótimas ou de *flow* através do controlo da consciência, podemos constatar que alguns indivíduos podem ver comprometida a sua capacidade de experienciar *flow* (Csikszentmihalyi, 1990). Se por um lado existem características individuais e contextuais que favorecem a vivência de experiência ótima ou *flow*, outras há que podem comprometer a vivência deste tipo de experiência.

Para que se produza uma experiência ótima ou de *flow* é necessária a presença de desafios que constituam uma oportunidade de ação em que os indivíduos percecionem que têm as competências para levar a cabo a atividade, objetivos definidos e feedback claro e imediato (Csikszentmihalyi, Abuhamdeh & Nakamura, 2005).

Relativamente aos aspetos individuais, há características pessoais que podem interferir com os aspetos necessários para que ocorra experiência ótima (Csikszentmihalyi, 2002). São exemplo dessas características as perturbações de atenção, os traços elevados de perfeccionismo, a preocupação com a opinião dos outros e com o seu desempenho. As perturbações de atenção fazem com que seja difícil para o indivíduo focar e manter a atenção na tarefa necessária a uma experiência ótima. Pessoas com uma consciência de si próprias acentuada não possuem a fluidez atencional necessária para se envolverem em atividades pelo prazer da atividade, uma vez que gastam demasiada energia no *self* e a atenção é guiada pelas suas necessidades. Os indivíduos que estão constantemente preocupados sobre como os outros os percecionam, que têm medo de criar uma impressão negativa ou de fazer algo inapropriado, apresentam dificuldades na aprendizagem, não conseguem divertir-se, e perdem oportunidades de crescimento do *self*.

O contexto familiar também influencia a capacidade do indivíduo experienciar *flow* (Csikszentmihalyi, 1990). Para que este contexto promova este tipo de experiência deve possuir cinco características. A clareza a nível dos objetivos e o feedback na interação familiar são essenciais. Acresce que o indivíduo deve ter a percepção de que os pais estão interessados, e não preocupados, naquilo que ele faz e sente. Também é importante o indivíduo perceber que tem a possibilidade de escolha entre diferentes possibilidades de ação. A confiança é outra característica que permite ao indivíduo sentir-se confortável para se envolver em atividades. Finalmente, os pais devem providenciar desafios na apresentação de oportunidades de ação para o indivíduo.

Algumas das características aqui descritas estão presentes nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. Como referido anteriormente, estes indivíduos estão muito centrados em si próprios (Leahy, 2007; Woody, & Rodriguez, 2000) e os seus contextos familiares tendem a ser marcados por uma protecção que promove uma percepção do mundo como perigoso e uma consequente ativação da emoção de medo (Pacchierotti et al., 2002; Taylor, & Alden, 2006; Wiborg, & Dahl, 1997).

Na perspetiva do indivíduo enquanto entidade bio-cultural, a psicopatologia é interpretada em termos de traços desadaptativos e/ou a disrupção de padrões comportamentais previamente adaptativos (Massimini, & Delle Fave, 2000). Desta forma, percebemos como a influência dos padrões de funcionamento interpessoal dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, na infância, com os pais, que se perpetuam nas suas relações interpessoais com os outros, ao longo do seu desenvolvimento, podem comprometer a possibilidade destes indivíduos vivenciarem experiências ótimas ou de *flow* na sua vida diária. Aliás, as amostras clínicas tendem a demonstrar uma privação de experiência ótima ou *flow* (Delle Fave, & Massimini, 1992).

O estudo da experiência associada à psicopatologia em contextos naturais permite perceber até que ponto processos situacionais, sociais e culturais co-determinam o aparecimento de sintomas psicológicos (deVries, 1992). As metodologias ecológicas permitem a investigação das características de distribuição do tempo de pessoas com

perturbação e sem perturbação, identificando como fazem uso do tempo e qual o tipo de seleção de lugares e atividades. A sua implementação facilita o estudo das variações diárias na experiência e sintomas, bem como o estudo do padrão da experiência identificando as contribuições do contexto para a perturbação e bem-estar. O seu uso pode ajudar no refinamento de categorias de diagnóstico e facilitar a compreensão da influência de experiências psicológicas positivas no bem-estar e na perturbação (deVries, 1992).

Os estudos que recorrem ao uso de metodologias ecológicas sobre a experiência emocional de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social mostram não só relatos diários de afeto negativo (Brown, Barrantes-Vidal, & Kwapil, 2010) como também experiências subjetivas positivas diminuídas (Kashdan, 2002, 2004; Kashdan et al., 2006; Kashdan, & Roberts, 2004). Indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social relatam menos acontecimentos diários positivos e demonstram uma associação inversa às emoções diárias positivas e uma associação positiva à supressão de emoções (Kashdan, & Steger, 2006). Assim, nos dias que estes indivíduos sentem maiores níveis de ansiedade social e apresentam uma tendência para suprimir emoções, relatam as emoções menos positivas e menos acontecimentos diários positivos. Quando são analisadas emoções específicas, a ansiedade social apresenta uma associação inversa com sentir-se feliz e relaxado, mas também uma associação positiva a sentimentos de raiva (Kashdan, & Collins, 2010).

No caso de indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, os estudos sobre a vida diária mostram como estes tendem a ficar em casa, apresentam poucos contactos sociais para além dos familiares, passando a maior parte do seu tempo sozinhos (Dijkman-Caes, & deVries, 1992).

Quando a ansiedade é acompanhada de depressão os estudos sobre a vida diária mostram que indivíduos com elevada ansiedade e elevada depressão têm pensamentos mais inativos, menos focados e demonstram uma maior ruminação; envolvem-se mais vezes em tarefas de cuidado próprio e dedicam menos tempo aos outros; são menos

congruentes quando longe de casa e a sua recuperação de acontecimentos ansiogénicos é mais lenta (deVries, Delespaul, & Dijkman-Caes, 1992).

Os estudos sobre a vida diária de indivíduos com psicopatologia comprovam que os problemas que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade demonstram podem comprometer o seu desenvolvimento. No entanto, Csikszentmihalyi (1990) refere que quando a adversidade ameaça paralisar o indivíduo, este deve tentar reconquistar o controlo encontrando um objetivo onde investir a sua energia psíquica, um objetivo que não esteja relacionado com forças externas, mas sim que possua significado para a organização do *self*.

O estabelecimento e a manutenção de relações requerem um esforço da parte do indivíduo. Na base da continuidade desse esforço está a necessidade dos seres humanos de auto-preservação, na qual a adaptação e sobrevivência dependem das respostas flexíveis mediadas pelo pensamento consciente entre o indivíduo e o meio (Massimini, & Delle Fave, 2000). Assim, os indivíduos devem ter a capacidade de lidar e controlar um ambiente em constante mudança através de comportamentos como a curiosidade, o interesse, a exploração, o desenvolvimento de habilidades e o prazer dos desafios.

A novidade de uma tarefa pode fazer com que o indivíduo percecionasse desafios elevados e competências limitadas para fazer face a esses desafios, podendo gerar-se ansiedade. Na experiência ótima ou de *flow* a alienação sentida em relação à tarefa dá lugar ao envolvimento, o indivíduo sente satisfação e não aborrecimento, emerge um sentimento de controlo em vez de desamparo, e a energia psíquica é usada para reforçar o significado do *self*, não se perdendo ao serviço de objetivos externos (Csikszentmihalyi, 1990). Deste modo, a tarefa pode ser considerada interessante e estimulante, de tal forma que o indivíduo se sinta satisfeito ao mobilizar os recursos pessoais necessários. Se assim for, a experiência ótima ou de *flow* tenderá a ser percecionada, fazendo com que o indivíduo invista o seu tempo e esforço na atividade, uma vez que esta se torna congruente com a estrutura do *self*, tornando-se um dos objetivos centrais do indivíduo (Csikszentmihalyi, 1988).

Terapia como oportunidade de mudança: psicopatologia e funcionamento ótimo

Não obstante, apesar de possíveis dificuldades na vivência de experiência ótima ou de *flow* as pessoas podem melhorar a sua capacidade de vivenciarem este tipo de experiência (Csikszentmihalyi, 1990). A terapia pode constituir um recurso que influencia os comportamentos dos indivíduos com psicopatologia para oportunidades de ação mais construtivas (Delle Fave et al., 2011). A terapia tenta reorientar o indivíduo para a procura pessoal, na exploração de possibilidades desafiantes para a ação na vida diária, reforçando os seus esforços de desenvolvimento de competências pessoais de forma a fazer face aos desafios e pôr fim ao seu evitamento (Delle Fave, & Massimini, 1992). Isto pode acontecer através de estratégias que promovam desafios de vida com significado e facilitem a integração social do indivíduo, que vão para além da simples recuperação ou eliminação dos sintomas (Massimini, & Delle Fave, 2000).

Sendo que a experiência ótima ou *flow* se encontra associada à promoção de saúde mental (Massimini, Csikszentmihalyi, & Carli, 1987), a possibilidade da sua ocorrência no contexto terapêutico, em conjugação com a relação terapêutica, leva a questionar qual o impacto que experiência ótima e relação terapêutica terão no contexto da vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade com vista à promoção das mudanças desejadas direcionadas para um funcionamento ótimo.

A literatura aponta para as limitações que o funcionamento interpessoal dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, nomeadamente o diagnóstico de perturbação de ansiedade social, tem no estabelecimento da aliança terapêutica (Beretta et al., 2005; Paivio, & Bahr, 1998; Saunders, 2001;), e pode ter no potencial dos indivíduos para a vivência de experiência ótima (Leahy, 2007; Pacchierotti et al., 2002; Taylor & Alden, 2006; Wiborg, & Dahl, 1997; Woody, & Rodriguez, 2000). O contexto terapêutico, por um lado parece possuir os ingredientes necessários para a ocorrência de experiência

ótima, e, por outro, permite que a relação terapêutica se constitua como uma oportunidade de cliente e terapeuta co-construírem uma nova forma do cliente se relacionar. Desta forma, pode promover o desenvolvimento e mudança destes indivíduos em direção ao funcionamento ótimo. Para que o processo terapêutico seja considerado de sucesso as mudanças devem verificar-se no dia a dia dos indivíduos. Neste sentido, salienta-se a importância de avaliar o impacto destes elementos do contexto terapêutico nos contextos diários dos indivíduos.

2. OBJETIVOS ORIENTADORES DA TESE

O principal objetivo orientador do presente projeto de investigação foi analisar a experiência interpessoal de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade distinguindo o diagnóstico de perturbação de ansiedade social do diagnóstico de perturbação de pânico, e tomando dois contextos da vida destes indivíduos: o contexto do seu processo terapêutico e o contexto da sua vida diária, extra-terapia, tentando relacionar estes dois contextos.

No sentido de concretizar o objetivo delineado desenvolveram-se dois estudos tendo por base uma mesma amostra de indivíduos com diagnóstico de perturbação da ansiedade.

O primeiro estudo que se apresenta, centrado no contexto terapêutico, focalizou-se na aliança terapêutica enquanto elemento relacional que reflete a experiência interpessoal do indivíduo no processo terapêutico. Intencionalizou-se, assim, a compreensão do padrão do desenvolvimento da aliança terapêutica, de acordo com a tipologia de diagnóstico de perturbação de ansiedade, tentando identificar diferenças entre o diagnóstico de perturbação de ansiedade social e o diagnóstico de perturbação de pânico. Posteriormente, foi analisada a evolução sintomatológica ao longo do processo terapêutico, mais uma vez no intuito de perceber eventuais diferenças entre o diagnóstico de perturbação de ansiedade social e o diagnóstico de perturbação de pânico. Finalmente focalizou-se a atenção na análise da ocorrência de experiência ótima ao longo do processo terapêutico dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

O segundo estudo que se apresenta, centrado na vida diária, a qualidade da experiência subjetiva dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, que estão

integrados num processo terapêutico, foi o foco de análise. Começou-se por explorar a experiência subjetiva na vida diária destes indivíduos, fora do contexto terapêutico, à medida que vai decorrendo o processo terapêutico. Posto o foco na experiência interpessoal, as variáveis escolhidas para a análise foram: a companhia (estar sozinho ou acompanhado); as características afetivas (afetividade positiva e negativa) e cognitivas (pensamentos) da experiência do dia a dia; a percepção de desafios e a percepção de competências do indivíduo nas atividades; o grau de satisfação consigo próprio e o canal experiencial. Posteriormente, foram analisadas, em função das variáveis tomadas, as mudanças a nível da experiência subjetiva da vida diária destes indivíduos, de acordo com os diferentes momentos do processo terapêutico. Procurou-se identificar quais as variáveis da vida diária em estudo que influenciavam a ocorrência de experiência ótima nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

CAPÍTULO EMPÍRICO

- 1. Metodologia**
- 2. Estudo 1: *O processo terapêutico de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade***
- 3. Estudo 2: *A vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade***

METODOLOGIA

- 1. Participantes**
- 2. Terapeutas**
- 3. Processo psicoterapêutico**
- 4. Medidas e instrumentos**
- 5. Procedimento**
- 6. Análises estatísticas e tratamento de dados**

METODOLOGIA

Nesta parte do capítulo empírico são descritos os passos metodológicos tomados para levar a cabo a investigação apresentada ao longo desta tese. Descreve-se a metodologia comum aos dois estudos uma vez que os neles indivíduos envolvidos são os mesmos. Esta descrição começa com uma caracterização dos participantes e posteriormente dos terapeutas implicados no processo terapêutico. São em seguida apresentadas as orientações terapêuticas implementadas no processo terapêutico. Posteriormente, são descritos os instrumentos associados às variáveis em análise. Por fim, a informação é sistematizada no procedimento implementado para levar a cabo a investigação. A metodologia termina com a descrição do tipo de análises efetuadas nos dois estudos.

1. Participantes

Participaram nesta investigação 21 indivíduos, sendo 13 mulheres e 8 homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos ($M=26.57$, $SD=5.60$).

Em relação aos dois grupos formados de acordo com o respetivo diagnóstico, o grupo com o diagnóstico de perturbação de ansiedade social integra 11 indivíduos e o grupo com o diagnóstico de perturbação de pânico inclui 10 indivíduos. O grupo com o diagnóstico de perturbação de ansiedade social é composto por 8 mulheres e 3 homens, com uma média de idades de 27.36 anos ($SD=5.59$), variando entre os 20 e 40 anos. O grupo com diagnóstico de perturbação de pânico é composto por 5 mulheres e 5 homens, com uma média de idades de 25,7 anos ($SD=5.77$), que varia entre os 18 e os 37 anos. Apesar de ter

havido a preocupação de equilibrar os grupos quanto ao género, tal não foi possível. Saliente-se que as diferenças apresentadas refletem uma maior incidência do diagnóstico de perturbação de ansiedade social nas mulheres, tal como já se teve oportunidade de referir no capítulo teórico.

Os participantes envolvidos no processo terapêutico correspondem aos indivíduos que durante o processo de elaboração da investigação procuraram apoio psicológico.

2. Terapeutas

Sete terapeutas do sexo feminino participaram na investigação. Uma das terapeutas possuía cinco anos de experiência clínica e as restantes, no momento em que levaram a cabo o processo terapêutico, eram estagiárias em supervisão. Todas as terapeutas tinham formação e supervisão nos modelos utilizados.

3. Processo psicoterapêutico

A duração das intervenções variou entre 3 e 24 sessões ($M=14.57$, $SD=6.68$) sendo que foram todas preparadas para 20 sessões. O processo terapêutico foi organizado em três fases: fase inicial, fase intermédia e fase final.

A fase inicial de todos os processos correspondeu à fase de avaliação, procedendo-se à análise da história de vida do cliente. A duração desta fase foi de 2 a 3 sessões. A fase

intermédia correspondeu à fase de intervenção e incluía duas opções de tratamento: uma com orientação cognitivo-comportamental e outra com orientação construtivista. Nesta fase eram trabalhadas as questões que os indivíduos traziam à terapia, de acordo com os princípios de cada intervenção, numa duração de aproximadamente 14 sessões. Na fase final do processo terapêutico procedeu-se à finalização do processo terapêutico, durou entre 2 e 3 sessões, e consistiu na consolidação das mudanças efetuadas e prevenção da recaída.

Durante todas as fases houve uma preocupação com o desenvolvimento e gestão da aliança terapêutica. Na perspetiva cognitivo-comportamental, para além se procurar desenvolver um clima de confiança e respeito mútuo, este cuidado com a aliança terapêutica incidiu em particular na gestão do acordo face aos objetivos e tarefas do trabalho terapêutico, para garantir a adesão dos indivíduos às tarefas terapêuticas. Na perspetiva construtivista, procurando também garantir a confiança e respeito mútuo, este cuidado decorreu de uma atitude terapêutica centrada no cliente, manifesta no respeito pelo seu ritmo e pela atenção aos seus significados pessoais como elemento central da co-construção do trabalho terapêutico.

A tabela 1 apresenta a descrição dos objetivos das diferentes fases do processo terapêutico de acordo com a orientação seguida na intervenção. De seguida é apresentada uma descrição da fase intermédia do processo terapêutico de acordo com as orientações envolvidas.

3.1 Intervenção de acordo com a orientação cognitivo-comportamental

Nos casos em que se recorreu à orientação cognitivo-comportamental, para o diagnóstico de perturbação de ansiedade social foi seguido o manual de Clark e Wells (1995) e para o diagnóstico de perturbação de pânico foi utilizado o manual de Barlow e Craske (1993).

Tomando por referência esta perspetiva, a intervenção iniciou-se com um módulo psico-educativo de forma a promover a compreensão dos indivíduos acerca dos fatores que tinham estado na origem e mantinham a perturbação. Seguidamente foi utilizado um módulo cognitivo tendo em vista a alteração dos problemas cognitivos. Os erros cognitivos e o processo de ruminação foram alvo de reestruturação cognitiva, através do debate cognitivo e análise de evidência. Paralelamente recorreu-se a um módulo comportamental que pretendia diminuir a ansiedade sentida pelos indivíduos. Importava, nesta fase, a eliminação dos comportamentos de segurança, o treino de técnicas de relaxamento e a exposição às situações temidas. A intervenção no diagnóstico de perturbação de ansiedade social incluiu um módulo interpessoal adicional para estimular a cooperação e a expressão emocional positiva.

3.2 Intervenção de acordo com a orientação construtivista

Na intervenção em que foi seguida a orientação construtivista recorreu-se a um manual semi-estruturado de acordo com os princípios do construtivismo pessoal. Segundo esta perspetiva, a terapia deve convidar a pessoa a explorar o seu mundo, levando-a a

descobrir e a identificar nele mais oportunidades que aquelas que a pessoa identifica quando se encontra num processo de construção de significação rigidificado e empobrecido (Epting, Gemignant, & Cross, 2003). Esta atitude vai permitir à pessoa levar a cabo ciclos de experiência completos e reconstrutivos de novas significações pessoais. Estes ciclos, tal como já foi referido anteriormente, seguem diferentes fases: a antecipação, influenciada pelas significações prévias e anteriormente funcionais; o investimento e a exploração de significações possíveis; o encontro e confronto com a realidade; a validação ou invalidação das significações antecipadas; e, por fim, a revisão construtiva, que permite consolidar ou reconstruir o sistema de significação com que a pessoa opera sobre as suas realidades.

A terapia teve início com a focalização nos problemas imediatos do cliente. Esta centração no presente permitiu criar uma elaboração da queixa, que facilitou ao cliente colocar os problemas numa linha temporal, vendo-os como temporários e passíveis de reconstrução. Após a elaboração da queixa, passou-se à elaboração do sistema de construção pessoal do indivíduo. Terapeuta e cliente focavam-se na tarefa de juntos co-investigarem as questões do cliente e a sua forma de significar a experiência, com vista à mudança. Neste movimento de exploração, num equilíbrio dinâmico entre constrição e dilatação dos seus significados pessoais, pretendia-se que o cliente evoluísse no sentido de experimentar novas realidades, confrontando novas significações pessoais. Desta forma novos pensamentos e novos comportamentos permitiam o ensaio de uma revisão construtiva, através da experimentação. Esta experimentação começava com o role-playing no contexto terapêutico, que, posteriormente, era extendido a novos papéis de vida, em situações seguras no contexto extra-terapia.

Tabela 1

Descrição dos objetivos das diferentes fases do processo terapêutico de acordo com a orientação seguida na intervenção

Fases do processo terapêutico		Fase inicial	Fase intermédia				Fase final
Objetivos	Intervenção cognitivo-comportamental	Avaliação da história de vida	Módulo psico-educativo	Módulo cognitivo	Módulo comportamental	Módulo interpessoal	Finalização
			Compreensão dos fatores que iniciaram e mantém a perturbação	Eliminação da ruminação e reestruturação cognitiva	Eliminação dos comportamentos de segurança e diminuição da ansiedade sentida	Estimulação dos contactos sociais	
	Intervenção construtivista		Elaboração da queixa Elaboração do sistema de construção pessoal do indivíduo Revisão construtiva				

Relativamente à mortalidade experimental, 4 indivíduos abandonaram o procedimento: 2 fizeram-no numa fase inicial do processo terapêutico e 2 numa fase intermédia do mesmo. Desta forma os 21 indivíduos realizaram a fase inicial do processo terapêutico, isto é, a avaliação da história de vida. Destes 21 indivíduos apenas 19 indivíduos realizaram a fase intermédia do processo terapêutico, correspondente à intervenção. A intervenção, apesar de pensada para 14 sessões, teve uma duração variável, dependente da resposta do cliente à intervenção. Para 3 indivíduos tal significou uma entrada antecipada na fase final do processo terapêutico, e, uma consequente, diminuição das sessões do processo terapêutico.

4. Medidas e instrumentos

É apresentada de seguida uma descrição dos instrumentos utilizados que estão associados às variáveis de interesse nos estudos envolvidos na investigação.

4.1 Aliança terapêutica: Working Alliance Inventory (WAI – Horvath, 1982)

Este questionário avalia a qualidade da aliança terapêutica nas três dimensões propostas por Bordin (1979): vínculo, acordo entre terapeuta e cliente acerca dos objectivos e o acordo entre terapeuta e cliente acerca das tarefas. O questionário original inclui 36 itens, distribuídos por três subescalas, com 12 itens cada uma. Os resultados podem ser definidos em função de cada uma das três sub-escalas que avaliam estas dimensões ou em função do total da aliança terapêutica, consistindo este no somatório dos valores das sub-escalas. Nesta investigação optou-se pelo uso deste valor total de aliança terapêutica. Os itens são classificados numa escala Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “nunca” e 7 a “sempre”. Um resultado elevado corresponde a uma melhor qualidade da aliança terapêutica. Existe uma versão do questionário para o cliente, outra para o terapeuta e outra para um observador externo. A versão utilizada nesta investigação foi a do cliente.

A consistência interna estimada para o WAI varia entre .88 e .93 para o WAI versão cliente (Horvath, & Greenberg, 1989; Kokotovic, & Tracey, 1990). A versão portuguesa (Machado, & Horvath, 1999) apresenta bons indicadores de validade e fiabilidade (α de Cronbach de .95). A versão usada nesta investigação é composta por 17 itens retirados da versão portuguesa, sendo que o α de cronbach para esta sub-amostra se mantém elevado (α de Cronbach de .88).

Tabela 2

Valores das médias, desvio padrão, mínimos e máximos relativos aos valores de WAI dos participantes do estudo em função do diagnóstico

	WAI 1			WAI 4			WAI 20		
	<i>Pert de ansiedade</i>	<i>Pert de ansiedade social</i>	<i>Pert de pânico</i>	<i>Pert de ansiedade</i>	<i>Pert de ansiedade social</i>	<i>Pert de pânico</i>	<i>Pert de ansiedade</i>	<i>Pert de ansiedade social</i>	<i>Pert de pânico</i>
N	19	9	10	18	8	10	7	4	3
Média	89.63	85.22	93.60	105.11	103	106.80	112	111.25	113
Desvio padrão	18.13	22.52	13.01	9.56	11.80	7.57	7.75	11.80	10.39
Min	46	46	72	83	83	94	101	102	101
Max	119	119	113	119	119	119	119	118	119

4.2 Sintomatologia: Outcome Questionnaire-45 (OQ-45 – Lambert et al. 2004)

Este questionário avalia a variação sintomática, dado que é sensível às mudanças no sofrimento psicológico dos sujeitos, em três sub-escalas: desconforto subjectivo, relacionamento interpessoal e funcionamento do papel social. É composto por 45 itens, a serem classificados numa escala Likert de 5 pontos, em que 0 corresponde a “quase sempre” e 4 a “nunca”. Os resultados podem variar entre 0 e 180, sendo que a maiores resultados está associado maior sofrimento. Apresenta uma consistência interna adequada, $r=.93$, e o valor do teste-reteste é satisfatório, $r=.84$ (Lambert et al., 1996). Foi utilizada a versão portuguesa, ainda em validação (Machado & Fassnacht, in preparation) que apresenta os valores de limite para caso clínico e índice de mudança de confiança apresentados na tabela 3.

Uma análise dos valores apontados pelos indivíduos revelou que dos 21 indivíduos, apenas 12 se encontravam com valores de OQT acima do ponto de corte ($M = 90,92$; $SD = 12,57$), sendo que 9 apresentavam valores sub-clínicos ($M = 61,22$; $SD = 3,53$). Na sub-escala desconforto subjetivo todos os indivíduos se encontravam acima do ponto de corte ($M = 47,57$; $SD = 10,49$). Já nas sub-escalas relacionamento interpessoal e funcionamento do papel social havia valores clínicos e sub-clínicos. Na escala relacionamento interpessoal 10 indivíduos apresentavam valores acima do ponto de corte ($M = 20,8$; $SD = 4,31$) e 11 indivíduos apresentavam sintomatologia sub-clínica ($M = 10,73$; $SD = 3,32$). Na escala do funcionamento do papel social 11 indivíduos apresentavam valores acima do ponto de corte ($M = 17,91$; $SD = 1,87$) e 10 apresentavam valores sub-clínicos ($M = 12$; $SD = 1,70$).

O valor utilizado na análise foi o do OQT, que representa o valor total do questionário através do somatório dos valores das subescalas. O questionário foi utilizado na definição do tipo de resultado da terapia, usando-se para o efeito o índice de mudança clinicamente significativa entre o questionário preenchido na primeira sessão e o da última sessão. Para o efeito foi utilizada a fórmula de Jacobson e Truax (1991) onde o ponto de corte para o total do OQ45 é de 67.82 pontos, e o RCI de 18.

Relativamente ao tipo de resultado, recorrendo ao índice de mudança clinicamente significativa, dos 17 casos que completaram o processo terapêutico, 9 casos foram considerados de sucesso e 8 de insucesso. Nos casos de sucesso, 6 possuíam um diagnóstico de perturbação de ansiedade social e 3 um diagnóstico de perturbação de pânico. Nos casos de insucesso, 3 possuíam um diagnóstico de perturbação de ansiedade social e 5 um diagnóstico de perturbação de pânico.

Tabela 3

Valores das médias, desvio padrão, mínimos e máximos relativos aos valores de OQ45 dos participantes do estudo em função do diagnóstico

	OQT 1			OQT 4			OQT 20		
	Pert de ansiedade	Pert de ansiedade social	Pert de pânico	Pert de ansiedade	Pert de ansiedade social	Pert de pânico	Pert de ansiedade	Pert de ansiedade social	Pert de pânico
N	21	11	10	20	10	10	8	5	3
Média	78,19	87,27	68,20	65,15	69,30	61,00	61,38	66,80	52,33
Desvio padrão	17,85	18,06	11,57	18,83	23,18	13,15	20,99	22,75	17,62
Min	56	59	56	32	32	39	29	29	38
Max	118	118	86	98	98	80	84	84	72

4.3 Experiência Óptima: Questionário de Flow (Versão Portuguesa para investigação - Freire, 2004)

A versão portuguesa foi traduzida e adaptada do *Flow Questionnaire* (FQ – versão italiana, Delle Fave and Massimini, 1988).

O questionário reúne questões abertas e fechadas, no sentido de investigar a experiência de flow e atividades associadas. Numa primeira parte, e inicialmente, o questionário apresenta algumas frases que descrevem a experiência de flow. É pedido aos sujeitos que assinalem se já tiveram anteriormente tais experiências, e se sim, devem listar as atividades que lhe estão associadas. De seguida, pede-se que assinalem a frequência dessas atividades e posteriormente devem avaliar as suas características cognitiva, afetiva e motivacional, através de 12 itens utilizando escalas likert de 0 (“muito pouco”) e 8 pontos (“muito”) sendo que, quanto maior o valor, mais positiva é a experiência. São

ainda apresentadas outras questões abertas com o objectivo de investigar acerca das condições que facilitam a emergência e manutenção ao longo do tempo da experiência de flow. Numa segunda parte, o questionário avalia a chamada experiência anti-flow, enquanto estado experiencial oposto ao flow. Em particular os participantes são questionados sobre as atividades que associam à experiência anti-flow listando-as (se as tiverem) para de seguida descreverem como se sentem.

Para efeitos da presente investigação, os indivíduos apenas responderam aos 12 itens relativos às características cognitiva, afetiva e motivacional da experiência, no final do processo terapêutico. Destes itens apenas dois foram analisados na presente investigação. As questões referentes às escalas likert utilizadas nesta investigação foram: “Em que medida esta sessão foi desafiante?” e “Quanto é que esta sessão exigiu das minhas aptidões e capacidades pessoais para lhe fazer frente?”

4.4 Vida diária: Experience Sampling Method (ESM Csikszentmihalyi & Larson, 1987)

Esta metodologia visa a recolha de dados da vida diária dos indivíduos através de avaliações repetidas em momentos diversos do dia a dia do sujeito, enquanto este opera nos seus contextos de vida. As vantagens associadas à metodologia ESM prendem-se sobretudo com o facto de as avaliações serem feitas, no momento, no contexto de vida real dos indivíduos, o que permite compreender as contingências do comportamento, evitando os enviesamentos dos auto-relatos associados à memória e mais diretamente associadas às medidas de auto-relato retrospectivas (Scollon, Kim-Priet, & Diener, 2003). A metodologia ESM avalia as dimensões individuais e contextuais da experiência dos indivíduos. Na dimensão individual, avalia os componentes cognitivos, afetivos e motivacionais da experiência. Na dimensão contextual, avalia as atividades que os

indivíduos estão a realizar, os lugares que estão a frequentar e a companhia. Esta metodologia está normalmente associada a uma amostragem contingente ao sinal; os sujeitos, após receberem um sinal acústico de um aparelho eletrónico, devem completar uma folha de registo. Na presente investigação, o aparelho electrónico foi programado para emitir oito sinais sonoros por dia, de forma aleatória, entre as 9:00 e as 22:00. Os aparelhos electrónicos utilizados foram beepers construídos de raiz para o efeito (*Psycho-Beeper*), em parceria com uma equipa de engenharia da Universidade do Minho (sob a coordenação de Machado, Gomes & Freire, 2009). Durante uma semana, sempre que a agenda tocava, os indivíduos foram instruídos a completar uma folha de registo, designada *Experience Sampling Form* (ESF). O ESF contém questões abertas e questões fechadas. Exemplos de questões abertas são: “*Em que é que estava a pensar?*”; “*Onde estava?*”; “*Qual era a coisa principal que estava a fazer?*”; e “*Com quem estava?*”. Exemplos de questões fechadas são: “*Estava bem concentrado?*”; “*Descreva como se sentia no momento da chamada em relação a estar feliz?*”; e “*Sentia-se satisfeito consigo próprio?*”. A resposta às questões fechadas era efetuada pela utilização de escalas Likert, em que a pessoa deve classificar como se sente/percepciona no momento da chamada numa escala que varia entre 0 “absolutamente nada” e 12 “máximo” da emoção/percepção referida. Para o estudo foram utilizadas as questões referentes à companhia (“*Com quem estava?*”), aos pensamentos (“*Em que é que estava a pensar?*”), à afetividade (“*Descreva como se sentia no momento da chamada em relação a...*”), à satisfação consigo próprio (“*Sentia-se satisfeito consigo próprio?*”), à percepção de desafios (“*A atividade que estava a realizar era desafiante e representava uma oportunidade para se exprimir e agir?*”) e à percepção de competências (“*Considerando as suas capacidades e competências pessoais, estava a conseguir fazer frente à situação?*”).

A adesão ao protocolo implicava o preenchimento imediatamente após o sinal eletrónico. Desta forma, e para assegurar a redução de enviesamentos cognitivos, foram excluídos todos os questionários preenchidos 20 minutos após o sinal (Hektner, Schmidt, & Csikszentmihalyi, 2006; Csikszentmihalyi, & Larson, 1987, 1992)

5. Procedimento

Os participantes foram recrutados no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, onde se implementou a investigação. O projeto de investigação oferecia um conjunto de 20 sessões grátis de acompanhamento individual às pessoas que estivessem dispostas a participar no estudo.

Os participantes foram selecionados através da *Structured Clinical Interview for DSM disorders* (SCID-I – First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Sempre que os critérios para perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico eram preenchidos, o investigador apresentava o estudo e os indivíduos voluntários assinavam um consentimento informado. A tabela 4 mostra o *design* da investigação realizada:

Tabela 4

Descrição do design de investigação em função dos contextos em análise (processo terapêutico e vida diária) e questionários utilizados

Processo terapêutico	Sessões	1	2	3	4	...	16	17	18	19	20
		OQ45	OQ45	OQ45	OQ45	OQ45	OQ45	OQ45	OQ45	OQ45	OQ45
		WAI	WAI	WAI	WAI	WAI	WAI	WAI	WAI	WAI	WAI
Vida diária	Momentos	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ
		Fase inicial			Fase intermédia			Fase final			
		avaliação			Intervenção			finalização			
Vida diária	Momentos	ESM			ESM			ESM			
		Uma semana			Uma semana			Uma semana			
		entre a 2ª e a 3ª sessão			entre a 8ª e a 9ª sessão			entre a 17ª e a 18ª sessão			

No contexto terapêutico os questionários foram administrados em todas as sessões, sendo o OQ45 passado no início da sessão e o questionário de Flow e WAI no final da sessão. Entre os questionários passados no final da sessão o questionário de Flow era passado antes do WAI.

Estando o processo terapêutico dividido em três momentos, o *design* de investigação seguiu esta divisão em que a fase inicial corresponde à fase de avaliação, a fase intermédia à fase de intervenção e a fase final à fase de finalização. A metodologia *ESM* descrita foi implementada na vida diária dos participantes, de acordo com os três momentos do design de investigação que correspondem aos três momentos do processo terapêutico. No final da segunda sessão o investigador reunia-se com o cliente, com o objetivo de lhe apresentar a metodologia *ESM*. O investigador acompanhava o cliente no preenchimento de um questionário, esclarecendo alguma dúvida. Os indivíduos recebiam a instrução de preencher o questionário imediatamente a seguir ao sinal acústico da agenda eletrónica.

Em relação aos três momentos de preenchimento, num primeiro momento do *design* os indivíduos preencheriam os questionários *ESM* durante uma semana, entre a segunda e terceira consulta, que corresponde ao início da terapia. Posteriormente, os indivíduos voltariam a preencher os questionários *ESM* durante uma semana, entre a oitava e nona sessão. Finalmente, os indivíduos preencheriam os questionários *ESM* durante uma semana entre a décima sétima e a décima oitava sessão que correspondiam ao final do processo.

No final de cada um dos momentos de avaliação da semana da vida diária e após a sessão de terapia, cliente e investigador realizavam a sessão de *debriefing* para recolha do material. Nesta reunião eram também avaliadas dificuldades sentidas no preenchimento do questionário e recolhidas impressões que os indivíduos quisessem apontar.

A análise da adesão ao protocolo mostra que foram preenchidos um total de 1140 *ESFs* de 2688 possíveis. Foram anulados 143 questionários referentes à fase inicial, 60 referentes à fase intermédia e 63 referentes à fase final, por excederem os 20 minutos estipulados

para assegurar a redução de enviesamentos cognitivos. Do total de ESMs preenchidos, 997, 51.2% corresponderam à fase inicial do processo terapêutico, 25% à fase intermédia e 23.9% à fase final.

6. Análises estatísticas e tratamento de dados

Passamos nesta fase à descrição dos procedimentos de análise e tratamento dos dados recolhidos. Foram realizadas análises qualitativas e quantitativas dada a natureza dos dados obtidos.

6.1 Análises qualitativas

Os dados recolhidos através da metodologia ESM por meio das perguntas abertas exigiram uma análise qualitativa (Sandelowski, 2000). As respostas a estas questões foram sujeitas à técnica de análise de conteúdo temática dos relatos dos indivíduos. Para o efeito, dois codificadores, alunos de doutoramento, que possuíam treino e conhecimento acerca das questões em estudo, codificaram os relatos dos indivíduos tendo por base grelhas de análise já previamente construídas (resultantes do trabalho de parceria entre o grupo de investigação para o funcionamento ótimo, coordenado por Teresa Freire e o grupo de Milão, coordenado por Antonella Delle Fave). Estas grelhas são constantemente atualizadas com a emergência de novas respostas. Os dados foram então codificados por referência à unidade de registo semântica, inserindo-se em macro-categorias que agrupavam os elementos através da sua semelhança temática (por exemplo, escola,

trabalho, relações sociais, tempo livre, o próprio). Cada questão aberta teve a sua categorização independente. Este processo de codificação pelos codificadores ocorreu de forma independente, para reforçar a confiança na credibilidade dos resultados obtidos (Almeida & Freire, 2008; Hurlburt & Heavey, 2002). Foi calculado o acordo entre codificadores através do K de Cohen para 30% das respostas obtidas (Cohen, 1960; Wood, 2007), e os desacordos foram resolvidos através do consenso entre os dois codificadores.

Relativamente ao produto da categorização, no que concerne aos pensamentos, estes foram codificados relativamente ao tema do seu conteúdo, à sua relação com o problema e à sua qualidade ativa.

O tema do conteúdo do pensamento foi classificado em *pensamentos relacionados com o self*, quando a pessoa pensa sobre a sua vida, incluindo não só as questões físicas relacionadas consigo como também o psicológico ou questões existenciais; *pensamentos relacionados com as suas relações sociais*, quando o indivíduo pensava nas pessoas ou interacções com elas; e *pensamentos relacionados com outras questões*, onde temos questões como o trabalho, tempo livre, dinheiro, etc. O acordo entre codificadores foi elevado ($Kappa = .97, p < .001$).

Na relação do pensamento com o problema codificaram-se os pensamentos dicotomicamente como estando *relacionados com o problema*, todos aqueles pensamentos que apresentavam uma relação directa e clara com o relato dos problemas que os indivíduos abordavam na terapia, e todos os outros eram codificados como *não relacionados com o problema*. O acordo entre codificadores foi moderada ($Kappa = .56, p < .001$).

Quanto à qualidade ativa do pensamento, os pensamentos foram codificados como *passivos*, se eram referidas ideias abstractas ou gerais sobre conceitos; *tomada de decisão*, quando o indivíduo estava a pensar fazer uma coisa ou outra, ou ainda se ponderava o que fazer, apresentava uma dúvida ou decisão; e *pensamento proativo*, sempre que ao pensamento estava inerente uma atitude, fazer algo concreto, auto-

instruções, ou implicava uma ação. O acordo entre codificadores foi considerável (Kappa = .76, $p < .001$).

No referente à companhia, esta foi codificada em *estar acompanhado* ou *estar sozinho*. O acordo entre codificadores foi considerável (Kappa = .78, $p < .001$).

6.2 Análises quantitativas

Metodologia ESM

Relativamente às escalas Likert associadas ao afeto, presentes no questionário *ESM*, criaram-se duas variáveis de acordo com a literatura: o afeto positivo e o afeto negativo. O afeto positivo corresponde ao valor médio composto pelos seguintes itens: feliz, relaxado e alegre. O α de Cronbach para a escala de afecto positivo é de .846. O afeto negativo corresponde ao valor médio composto pelos seguintes itens: triste, ansioso e raiva. O α de Cronbach para a escala de afeto negativo é de .713.

Para a análise dos canais experienciais, estes foram calculados tendo por base a resposta às questões acerca da percepção dos desafios e da percepção das competências (“A atividade que estava a realizar era desafiante e representava uma oportunidade para se exprimir e agir?” e “Considerando as suas capacidades e competências pessoais, estava a conseguir fazer frente à situação?”). O cálculo dos canais é feito através do rácio entre os desafios percebidos e as competências percebidas, com base num modelo matemático com uma função trigonométrica, em que os valores de competências percebidas e desafios percebidos são padronizados (Moneta & Csikszentmihalyi, 1996). Para proceder à normalização dos valores destas questões para o cálculo dos canais experienciais, uma vez

que um sujeito responde a vários questionários na semana e em diferentes fases do processo terapêutico, em primeiro lugar foi calculada a média e desvio padrão para o sujeito em cada fase. Posteriormente, calculou-se uma média dos valores de cada sujeito nas diferentes fases do processo terapêutico. Finalmente, foi com este valor médio da percepção de desafios e da percepção de competências dos indivíduos nas três fases do processo terapêutico para a média e desvio padrão que normalizamos os resultados de cada indivíduo.

A análise dos dados resultantes da metodologia ESM pode ser feita basicamente num *beep-level*, ou num *subject-level* (Csikszentmihalyi & Larson, 1984; Delle Fave & Bassi, 2000; deVries, 1992; Hektner et al., 2007; Larson & Delespaul, 1992). O *beep-level* utiliza como elemento de análise todas as respostas dadas em todos os momentos avaliados ao longo de cada semana de todos os indivíduos. No *subject-level* há uma agregação dos dados para cada indivíduo, que resulta numa média para cada questão das respostas de cada indivíduo ao longo da semana. Na presente investigação foi utilizada uma análise *beep-level*.

WAI e OQT

Para analisar os dados foram usados modelos estatísticos longitudinais, incluindo uma interceção randomizada específica ao sujeito, bem como um componente de correlação serial com uma estrutura de correlação exponencial (Diggle, Heagerty, Liang, & Zeger, 2002). Isto quer dizer que foram tidos em conta os diferentes valores das variáveis nos diferentes momentos do processo terapêutico, sabendo que a sua sequência temporal estava relacionada a nível do indivíduo. Este pode ser também designado de modelo de efeitos mistos, uma vez que modela parametricamente não só o valor esperado como a

estrutura de correlação nos dados. Ou seja, o resultado é um modelo de explicação dos dados que tem em conta a contribuição dos dados sequenciais dos diferentes indivíduos.

Exemplificando para a modelação da aliança terapêutica, sendo Y_{ij} o valor de WAI medido no sujeito i na sessão j . Na equação j representa um número natural, do conjunto do número de sessões, e estas estão através do desenho metodológico à distância de um valor. No entanto, há algumas situações de valores que falham intermitentemente, no modelo é assumido que falham de uma forma completamente randomizada (Little & Rubin, 1987). Sendo assim, assume-se o modelo

$$Y_{ij} = \mu_{ij} + U_i + W_i(t_{ij}) + \epsilon_{ij}$$

onde, U_i é a intercepção randomizada específica do sujeito com uma distribuição $N(0, \sigma^2)$, o processo estocástico $W_i(t_{ij})$ é uma correlação serial entre sujeitos com uma variância σ^2 e uma estrutura correlacional $\text{Corr}(W_i(t_{ij}), W_i(t_{ik})) = \exp(-1/\rho |t_{ik} - t_{ij}|)$. O termo ϵ_{ij} é a medida do erro da distribuição $N(0, \tau^2)$. Este modelo permite separar as diferentes fontes de variabilidade, a variabilidade entre sujeitos, no sujeito, e a medida de erro. O valor que mostra a influência das variáveis em estudo para a explicação dos valores de WAI é representado pelo μ_{ij} , que nas tabelas aparece indicado como estimador pontual, que indica o tipo de correlação entre as variáveis em estudo, bem como, quantifica a relação entre elas.

Ajustou-se o modelo aos dados disponíveis através de técnicas de semelhança máxima, e fizeram-se inferências sobre os parâmetros de interesse.

Para o OQT utilizou-se o mesmo tipo de modelo, sendo que na modelação da sintomatologia, Y_{ij} representa o valor de OQT medido no sujeito i na sessão j .

A análise de dados foi desenvolvida usando o software R: <http://cran.r-project.org>.

Experiência ótima

Para a variável Experiência Ótima definimos a variável resposta como sendo ocorrência de experiência ótima ($Y=1$) e não ocorrência de experiência ótima ($Y=0$). Na modelação desta variável resposta foi utilizado um modelo linear generalizado (modelo logístico) para modelar a probabilidade de ocorrência de experiência ótima, permitindo um efeito aleatório ao nível do indivíduo. Considerando $P(Y=1)=p_i$, o modelo utilizado foi:

$$\log(p_i/(1-p_i)) = \mu_{ij} + U_i + \epsilon_{ij}$$

Mais uma vez μ_{ij} , representado pelo estimador pontual apresentado nas tabelas, indica o tipo de correlação entre as variáveis em estudo, bem como, quantifica a relação entre elas.

A análise de dados foi desenvolvida usando o software R: <http://cran.r-project.org>.

***ESTUDO 1: O processo terapêutico de indivíduos
com diagnóstico de perturbação de ansiedade***

- 1. Objetivos**
- 2. Resultados**
- 3. Discussão**

ESTUDO 1: O PROCESSO TERAPÊUTICO DE INDIVÍDUOS COM PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE

1. Objetivo

O principal objetivo deste estudo foi analisar a experiência relacional no processo terapêutico de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Para o efeito as questões de investigação foram:

- Qual o padrão de desenvolvimento da aliança terapêutica para o diagnóstico de perturbação de ansiedade social e o diagnóstico de perturbação de pânico?
- Qual a evolução sintomatológica para o diagnóstico de ansiedade social e para o diagnóstico de perturbação de pânico?
- Quais os fatores explicativos da probabilidade de ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico?

2. Resultados

2.1 Desenvolvimento da aliança terapêutica

O gráfico 1 mostra os valores da aliança terapêutica na perspectiva do cliente, nos diagnósticos de perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico, ao longo das sessões. Os valores da aliança terapêutica correspondem ao valor global apresentado (WAIT), composto pelo somatório das sub-escalas de vínculo, acordo nas tarefas e acordo nos objetivos.

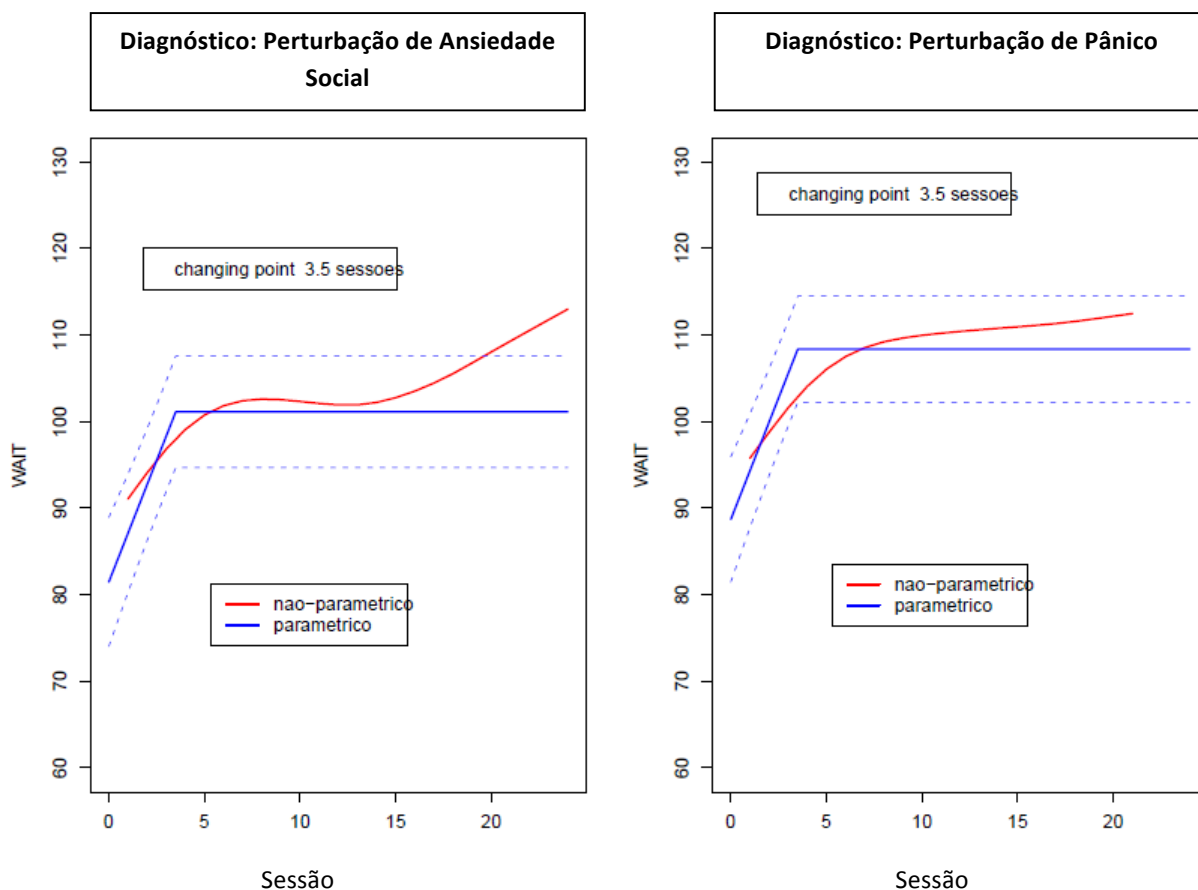


Gráfico 1. Padrões do desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo das sessões em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade

No gráfico 1 a linha vermelha corresponde ao modelo não paramétrico dos valores de WAIT apresentados pelos indivíduos e a linha azul corresponde ao modelo paramétrico ajustando os valores de WAIT dos indivíduos. O *changing point* corresponde ao momento (entre as sessões 3 e 4) em que há uma mudança na evolução dos valores de WAIT. As linhas a tracejado definem os limites inferiores e superiores dos valores de WAIT dos indivíduos, de acordo com o modelo.

No desenvolvimento da aliança terapêutica, na tabela 5 são apresentadas as diferenças na percepção da qualidade da aliança terapêutica em função do tipo de diagnóstico. Os indivíduos com um diagnóstico de perturbação de ansiedade social demonstram valores mais baixos de aliança terapêutica na fase inicial do processo terapêutico. Enquanto no caso do diagnóstico de perturbação de ansiedade social o estimador pontual informa que a média da aliança terapêutica na primeira sessão é de 85,96 ($SD= 4,28$), no do diagnóstico de perturbação de pânico o estimador pontual informa que a média da aliança terapêutica nesta mesma sessão é de 92,67 ($SD= 4,10$).

Tabela 5

Resultados do modelo ajustado para a variável resposta WAI em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade para os valores da aliança terapêutica

	Estimador Pontual	Erro Padrão	Valor P
<i>Diagnóstico de perturbação de ansiedade social</i>	85.96	4.28	***
<i>Diagnóstico de perturbação de pânico</i>	92.67	4.10	***
<i>Orientação terapêutica</i>	0.34	2.45	0.567
<i>Terapeuta</i>	1.34	4.67	0.720
<i>Resultado da terapia</i>	2.56	3.10	0.120
<i>Até 3ª/4ª sessão</i>	5.61	0.71	***

* $P < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

No entanto, o que a observação dos padrões de aliança terapêutica mostra, para ambos os diagnósticos, é que, apesar de diferenças iniciais nos valores de aliança terapêutica para os diferentes diagnósticos, há uma progressão igual da aliança terapêutica ao longo do tempo (gráfico 1). Esta progressão é marcada por um crescimento linear positivo nas sessões iniciais, em que há um aumento ao longo das sessões da qualidade da aliança terapêutica na perspectiva do cliente. Como a tabela 5 indica, o estimador pontual informa que, por cada sessão que passa, até à terceira ou quarta sessão, o WAIT dos indivíduos com ambos diagnósticos apresenta um aumento de 5,61 pontos, em média ($SD=0,71$). A partir da terceira ou quarta sessão, a progressão para ambos os diagnósticos apresenta um padrão com pouca variabilidade na classificação do WAIT ao longo do tempo.

2.2 Evolução sintomatológica

O gráfico 2 mostra os valores da sintomatologia do cliente, nos diagnósticos de perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico, ao longo das sessões.

Os valores de sintomatologia correspondem ao valor global apresentado (OQT), composto pelo somatório das sub-escalas de desconforto subjetivo, relacionamento interpessoal e funcionamento do papel social. No gráfico 2, a linha vermelha corresponde ao modelo não paramétrico dos valores de OQT apresentados pelos indivíduos e a linha azul corresponde ao modelo paramétrico ajustando os valores de OQT dos indivíduos. O *changing point* corresponde ao momento (entre as sessões 2 e 3) em que há uma mudança na evolução dos valores de OQT. As linhas a tracejado definem os limites inferiores e superiores dos valores de OQT dos indivíduos.

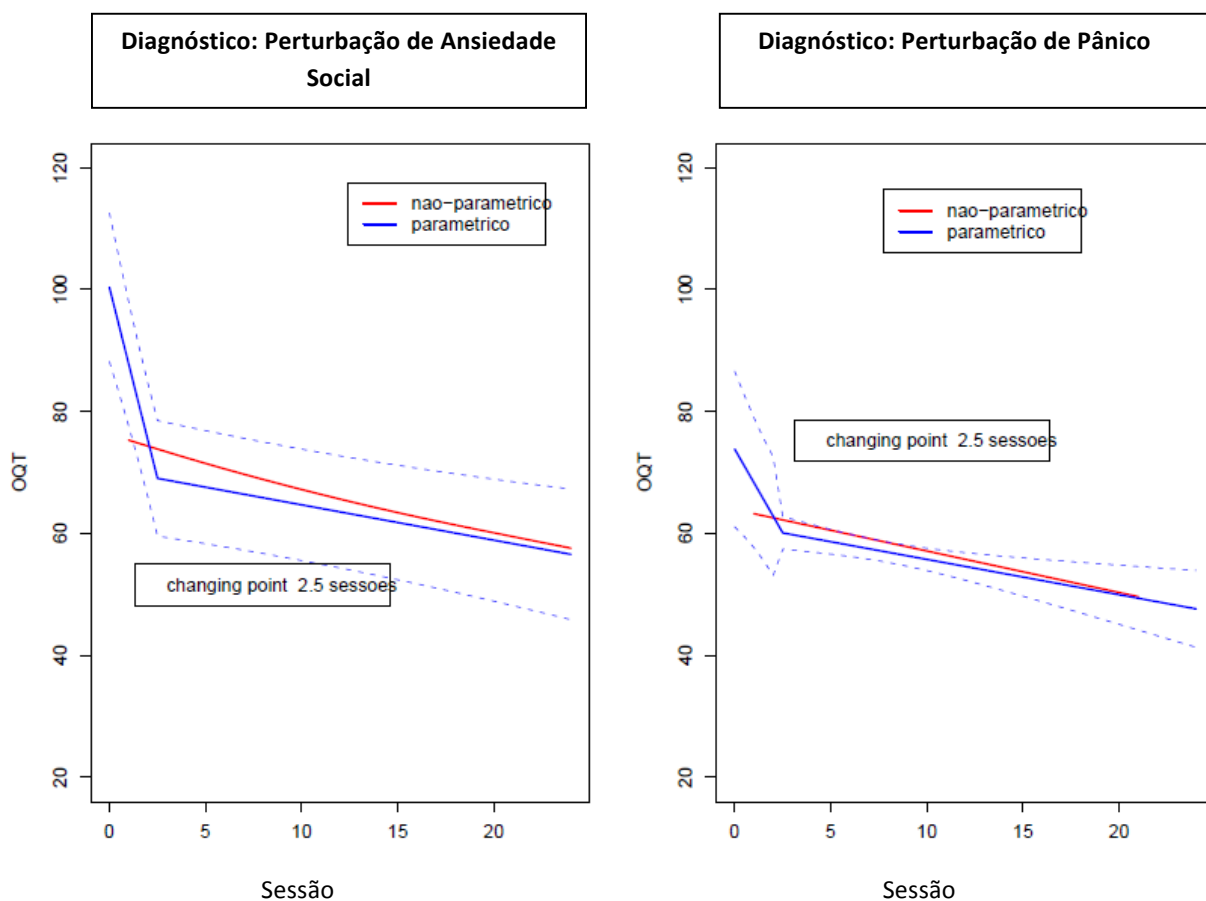


Gráfico 2. Padrões da evolução da sintomatologia ao longo das sessões em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade

A tabela 6 apresenta os resultados sobre as diferenças na evolução sintomatológica em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade. O grupo com o diagnóstico de perturbação de ansiedade social começa o processo terapêutico com valores mais elevados de sintomatologia. Enquanto o grupo de indivíduos com o diagnóstico de perturbação de ansiedade social inicia o processo terapêutico com valores de sintomatologia em média de 100,36 ($SD=6,27$) valores - como indicado pelo estimador pontual - o grupo de indivíduos com o diagnóstico de perturbação de pânico começa a terapia com valores de WAI em média de 73,83 ($SD=6,57$) - como indicado pelo estimador pontual. Na fase final são também observadas diferenças entre os grupos. O grupo com o

diagnóstico de perturbação de pânico acaba o processo terapêutico com valores mais baixos de sintomatologia.

Tabela 6

Resultados do modelo ajustado para a variável resposta OQT em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade para os valores de sintomatologia

		Estimador Pontual	Erro Padrão	Valor P
Diagnóstico de ansiedade social		100.36	6.27	***
Diagnóstico de perturbação de pânico		73.83	6.57	***
Orientação terapêutica		1.45	2.01	0.145
Terapeuta		0.23	1.93	0.645
Resultado da terapia		1.20	3.68	0.890
Até 2ª/3ª sessão	Diagnóstico de perturbação de ansiedade social	-12.53	1.93	***
	Diagnóstico de perturbação de pânico	-5.50	2.00	**
Pós 2ª/3ª sessão		-0.58	0.20	**

* $P < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Relativamente à evolução sintomatológica, tal como no desenvolvimento da aliança terapêutica, também aqui os resultados mostram como ambos os grupos demonstram um decréscimo na sintomatologia, que é mais acentuado até à segunda ou terceira sessão e que continua a decrescer a um ritmo mais lento até ao final do processo terapêutico. Como o grupo com diagnóstico de perturbação de ansiedade social começa a terapia com níveis mais elevados de sintomatologia nas primeiras sessões, este grupo demonstra um decréscimo na sintomatologia mais acentuado do que aquele presente no grupo com o diagnóstico de perturbação de pânico. Como podemos observar na tabela 6, enquanto até à segunda ou terceira sessão, por cada sessão que passa, os indivíduos com o diagnóstico

de perturbação de ansiedade social apresentam um decréscimo de 12,53 pontos nos valores do OQT (como informa o estimador pontual), no grupo de indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico o decréscimo é de 5,50 pontos (como nos informa o estimador pontual). A partir da segunda ou terceira sessão ambos os grupos de diagnóstico apresentam um decréscimo em média de 0,58 pontos nos valores de OQT, por cada sessão que passa até ao final do processo terapêutico, como informa o estimador pontual.

2.3 Experiência ótima

Relativamente à ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico, podemos observar como ela ocorre em ambos os diagnósticos.

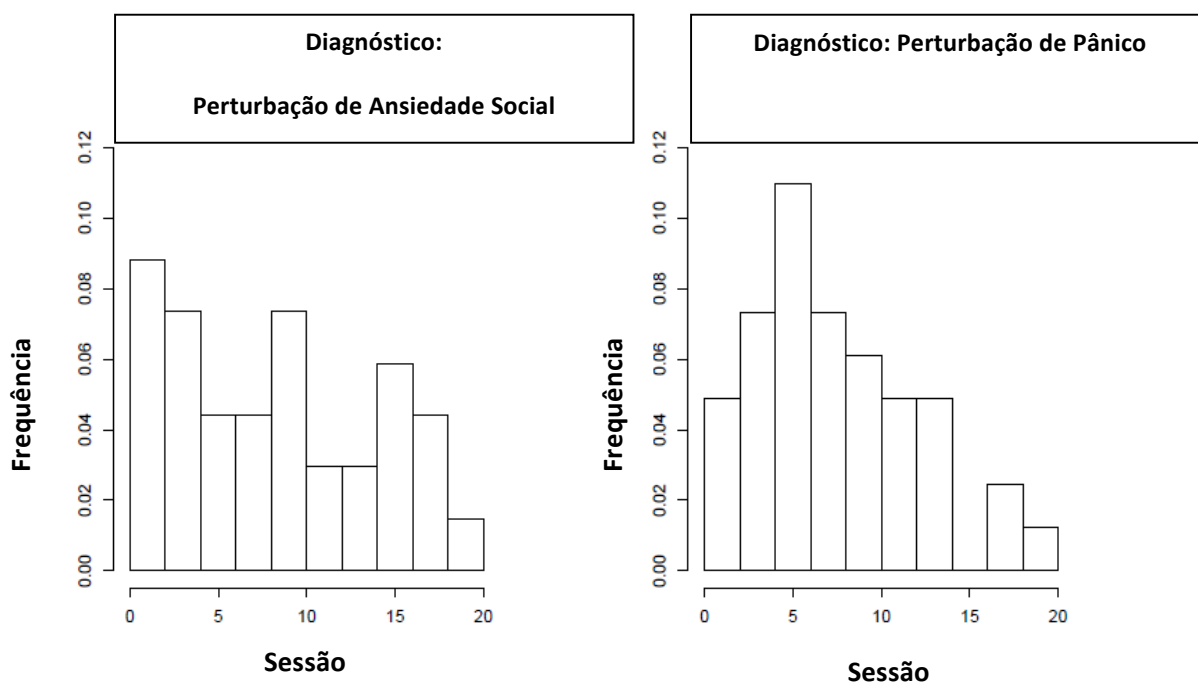


Gráfico 3. Frequência de ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico, ao longo das sessões, em função do tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade

Analisando a frequência desse tipo de experiência no contexto terapêutico, observa-se para ambos os diagnósticos uma diminuição da frequência da sua ocorrência desde o início até ao final do processo terapêutico (gráfico 3). Porém, são identificáveis algumas diferenças nessa evolução. No diagnóstico de perturbação de pânico, a frequência da ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico aumenta até à sessão 5 e depois decresce até ao final do processo terapêutico. Já no diagnóstico de perturbação de ansiedade social a frequência da ocorrência de experiência ótima é mais variável, com oscilações na sua frequência ao longo do tempo.

Tabela 7

Resultados do modelo ajustado para a probabilidade de ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

	Estimador Pontual	Erro Padrão	Valor P
<i>Diagnóstico de perturbação de ansiedade social</i>	-5.69	1.87	**
<i>Diagnóstico de perturbação de pânico</i>	-5.46	1.97	**
<i>Após 4ª/5ª sessão</i>	-0.07	0.03	*
<i>WAIT</i>	0.05	0.02	*
<i>OQT</i>	0.785	0.478	0.234

* $P < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Quando procuramos perceber a probabilidade de ocorrer experiência ótima de acordo com os valores de aliança terapêutica e sintomatologia, os resultados mostram que apenas a aliança terapêutica está associada à probabilidade de ocorrência de experiência ótima (tabela 7). Há uma associação positiva entre a ocorrência de experiência ótima e a

aliança terapêutica ($\beta = .05$, $R^2 = .02$, $p < .05$). Esta relação é independente do tempo, ocorrendo ao longo do processo terapêutico. Esta associação indica que à medida que aumentam os valores de aliança terapêutica, aumenta a probabilidade de ocorrência de experiência ótima.

Ao nível das diferenças entre diagnósticos de perturbação de ansiedade, na perturbação de ansiedade social há uma menor probabilidade de ocorrência de experiência ótima (tabela 7). Nomeadamente, à medida que as sessões se sucedem há uma diminuição de 5,69 pontos na probabilidade de ocorrer experiência ótima para o diagnóstico de perturbação de ansiedade social, como informa o estimador pontual. Para o diagnóstico de perturbação de pânico essa diminuição é de 5,46 pontos, como informa o estimador pontual. Relativamente ao tempo, após a quarta ou quinta sessão, a probabilidade de ocorrência de experiência ótima diminui em ambos os diagnósticos, em média mais 0,07 pontos por cada sessão que passa, como informa o estimador pontual.

A probabilidade de ocorrência de experiência ótima não está associada aos níveis de sintomatologia ($\beta = .79$, $R^2 = .05$, $p = .23$).

3. Discussão

Desenvolvimento da aliança terapêutica

Os resultados mostram mudanças na percepção da aliança terapêutica nos diagnósticos de perturbação de ansiedade estudados. Os resultados acerca da aliança terapêutica indicam que quer os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, quer os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, começam a terapia com valores mais baixos de aliança terapêutica do que aqueles que vêm a perceber umas sessões mais tarde. Isto significa que nas fases iniciais do processo terapêutico o trabalho colaborativo entre cliente e terapeuta, na perspetiva dos indivíduos com os diagnósticos de perturbação de ansiedade estudados é percebido pelos indivíduos como sendo de menor qualidade que nos momentos subsequentes. No entanto, tendo em conta que o trabalho da formação da aliança terapêutica é iniciado nesta fase (Horvath, 2000), e considerando a evolução subsequente, os resultados podem traduzir um trabalho de sucesso na formação e desenvolvimento da aliança terapêutica com estes indivíduos.

Para além da tendência na avaliação da aliança ser mais baixa no início do processo, os resultados mostram também diferenças na percepção da aliança terapêutica de acordo com o tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade. Os indivíduos com um diagnóstico de perturbação de ansiedade social avaliam a aliança terapêutica, nas sessões iniciais da terapia, que correspondem à fase de avaliação do processo terapêutico, como sendo de menor qualidade. Desta forma as diferenças encontradas na fase de avaliação do processo terapêutico entre o diagnóstico de perturbação de ansiedade social e o diagnóstico de perturbação de pânico mostram que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social começam a terapia com níveis mais baixos de aliança terapêutica percebida, quando comparados com os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico. Estes resultados sugerem que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social percecionam um trabalho colaborativo entre cliente e

terapeuta de menor qualidade, nesta fase inicial do processo terapêutico. Esta menor qualidade na colaboração percebida pelo cliente pode significar a sua dificuldade em confiar no terapeuta e de estabelecer uma ligação de melhor qualidade, que por sua vez se pode refletir no acordo em relação aos objetivos e tarefas terapêuticas.

Esta dificuldade, provavelmente, reflete os problemas interpessoais que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social apresentam quando chegam a terapia e que os estudos prévios têm mostrado estar na base da influência negativa na aliança terapêutica (Beretta et al., 2005; Constantino, & Hansen, 2008; Hersoug et al., 2009; Paivio, & Bahr, 1998; Puschner et al., 2005; Saunders, 2001). Estes problemas interpessoais podem conduzir, tal como a literatura indica, à reprodução dos padrões interpessoais disfuncionais no contexto terapêutico (Beretta et al., 2005), dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social. Esta hipótese é suportada pelo estudo de Saunders (2001). Os resultados deste estudo mostram que dificuldades em formar e manter relações interpessoais, o facto dos indivíduos se negligenciarem a si próprios, a prioridade em colocar as necessidades dos outros antes das suas, ter uma baixa auto-estima, estar desmoralizado, e ser desligado e distante nas relações são atitudes que comprometem o desenvolvimento de um vínculo com o terapeuta. Esta explicação vai de encontro aos estudos que indicam uma associação negativa entre evitamento social e aliança terapêutica (Beretta et al., 2005; Constantino, & Hansen, 2008; Hersoug et al., 2009; Paivio, & Bahr, 1998; Puschner et al., 2005; Saunders, 2001).

Quando o desenvolvimento da aliança terapêutica é analisado, os resultados mostram o mesmo padrão de progressão da aliança terapêutica nos dois diagnósticos. Os resultados indicam que apesar de níveis iniciais mais baixos na percepção da aliança terapêutica, esta apresenta uma melhoria na sua qualidade ao longo do processo, na perspetiva dos clientes. A literatura mostra como há uma reprodução dos padrões interpessoais disfuncionais no contexto terapêutico (Beretta et al., 2005). Se entendermos a menor qualidade da aliança terapêutica percebida pelos indivíduos nesta fase inicial da terapia como demonstrando a possível reprodução dos padrões interpessoais disfuncionais que

os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade demonstram na terapia, poder-se-á supor que a evolução favorável da aliança ao longo do processo poderá indicar o atenuar dessas dificuldades interpessoais no contexto terapêutico.

O padrão de aliança terapêutica aqui encontrado é uma mistura dos padrões de crescimento linear e desenvolvimento estável identificados na literatura (Gelso, & Carter, 1994; Kivlighan, & Shaughnessy, 1995, 2000). As primeiras sessões apresentam um crescimento linear seguido de um desenvolvimento estável alto.

A aliança terapêutica constitui um elemento da terapia que é tido em conta nas diferentes perspetivas teóricas orientadoras da intervenção seguida com os indivíduos participantes neste estudo. Os cuidados com a aliança terapêutica, quer na intervenção de orientação cognitivo-comportamental, quer na intervenção de orientação construtivista, foram implementados no sentido de desenvolver um clima de confiança e respeito mútuo. Na perspetiva cognitivo-comportamental houve uma maior incidência na gestão do acordo face aos objetivos e tarefas do trabalho terapêutico, para garantir a adesão dos clientes às tarefas terapêuticas. Desta forma, o terapeuta era diretivo, expondo o trabalho terapêutico a ser efetuado, mas tinha em conta o papel ativo do cliente na construção, por exemplo, na criação de uma hierarquia das situações ansiogénicas a serem ultrapassadas. Na perspetiva construtivista, o cuidado decorreu de uma atitude terapêutica centrada no cliente, manifesta no respeito pelo seu ritmo e pela atenção aos seus significados pessoais como elemento central da co-construção do trabalho terapêutico. Desta forma, nesta perspetiva, o terapeuta convidava o cliente a trazer os seus significados para a esfera do contexto terapêutico e era à luz destes significados que o problema do cliente era trabalhado.

O modelo interpessoal aplicado à terapia (Dietzel, & Abeles, 1975; Kiesler, 1983; Tracey, 1993) sugere que as fases iniciais da terapia devem ser pautadas por uma complementaridade, da parte do terapeuta, em resposta ao comportamento do cliente para que a aliança seja estabelecida. Esta relação complementar permite que o cliente sinta confiança e segurança, uma vez que o terapeuta irá responder ao cliente da forma a

que ele está habituado. No caso dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, esta complementariedade poderá reduzir a ansiedade que estes indivíduos podem manifestar ao entrar num contexto desconhecido. Os cuidados tidos com a aliança, na perspetiva cognitivo-comportamental através da diretividade, e na perspetiva construtivista através do uso dos significados pessoais do cliente podem ser um reflexo dessa complementariedade. Na perspetiva cognitivo-comportamental, a diretividade demonstrada pelo terapeuta pode fazer com que o cliente com diagnóstico de ansiedade sinta a confiança necessária no terapeuta. Na perspetiva construtivista, o uso dos significados pessoais do cliente pode fazer com que este se sinta validado e respeitado. Ambas as atitudes complementares demonstradas pelo terapeuta permitem a redução da ansiedade sentida pelo cliente e fazem com que este se sinta à vontade para responder ao terapeuta da forma que conhece e na qual se sente seguro.

Enquanto nas primeiras sessões os níveis mais baixos de aliança terapêutica podem ser o resultado de uma reprodução dos padrões interpessoais do cliente, o aumento do nível de aliança terapêutica pode indicar que a atenção por parte do terapeuta à aliança e o trabalho intencional a este nível, poderão ter promovido uma melhor aliança, e, por outro lado, esta atitude colaborativa terá sido percebida favoravelmente pelos clientes.

A estabilidade subsequente dos valores de aliança terapêutica em níveis altos começa nas sessões onde outros estudos mostram que a aliança terapêutica se encontra formada (Horvath, 2000). Assim, parece que na fase inicial da terapia vai havendo uma negociação entre terapeuta e cliente acerca do trabalho colaborativo e intencional, que vai adquirindo um consenso ao longo do tempo. Esta negociação vai-se reforçando, atingindo uma melhor qualidade. Chegados à quarta sessão, altura em que se passa à fase intermédia do processo terapêutico e se leva a cabo a intervenção desafiadora das dificuldades / problemas dos clientes, terapeuta e cliente parecem ter atingido uma boa qualidade da aliança terapêutica, na perspetiva do cliente, que permite uma intervenção que em nenhum momento compromete essa aliança terapêutica desenvolvida e avaliada ao nível da

sessão. Por outro lado, a própria aliança terapêutica pode constituir-se como um elemento essencial na operação das mudanças necessárias para a obtenção dos objetivos.

Respondendo à primeira questão de investigação subjacente a este estudo, podemos concluir que há diferenças na percepção da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico em clientes com diagnóstico de perturbação de ansiedade. A fase inicial do processo terapêutico apresenta os menores níveis de aliança terapêutica percebida pelos clientes. Esta menor qualidade de aliança terapêutica percebida pode estar relacionada com o funcionamento interpessoal que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentam. As diferenças são maiores nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, uma vez que estes clientes percebem a aliança terapêutica como de menor qualidade, quando comparados com os clientes com um diagnóstico de perturbação de pânico. No entanto, para ambos os diagnósticos há uma progressão semelhante do desenvolvimento da aliança terapêutica, que vai aumentando a sua qualidade nos momentos iniciais e se mantém estável na fase de intervenção e fase final do processo terapêutico. Podemos então concluir que, apesar das diferenças iniciais dos diagnósticos de perturbação de ansiedade na percepção de aliança terapêutica por parte dos indivíduos, o padrão de desenvolvimento da aliança terapêutica para estes indivíduos é semelhante, verificando-se uma melhoria na percepção da qualidade da aliança terapêutica em ambos os diagnósticos.

Evolução sintomatológica

Relativamente à sintomatologia, os resultados mostram que estão presentes diferenças iniciais entre os dois diagnósticos de perturbação de ansiedade. Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social começam a terapia com níveis mais elevados de sintomatologia.

Este resultado pode estar relacionado com o maior comprometimento dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social a nível interpessoal. A literatura indica que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social apresentam uma menor competência social, uma menor confiança e comunicação nas amizades, sentem que não têm valor e que os outros não estarão disponíveis quando necessários; não conseguem confiar nos outros e sentem-se desconfortáveis em abrir-se ou aproximar-se deles (Brumariu, & Kerns, 2010; Erozkán, 2009; Kashdan et al., 2008; Starr, & Davila, 2008).

Estes resultados podem também estar relacionados com a natureza da medida utilizada para avaliar a sintomatologia. O valor de OQ45 usado neste estudo representa o valor global que decorre do somatório das sub-escalas deste instrumento: desconforto subjetivo, relacionamento interpessoal e funcionamento do papel social. Assim, percebemos como este instrumento versa maioritariamente sobre o funcionamento social, uma vez que apresenta duas escalas nesta área (uma relativa ao relacionamento interpessoal e outra ao funcionamento do papel social), e apenas uma relacionada com o desconforto subjetivo e, portanto, associada a questões individuais, mais ao nível da experiência do indivíduo. A sintomatologia dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social focalizada no nível interpessoal, com o uso de um instrumento que privilegia estas questões interpessoais, pode explicar o nível mais elevado de sintomatologia encontrado neste estudo nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social.

Tal como nos padrões de aliança terapêutica, também a nível da sintomatologia, os dois diagnósticos de perturbação de ansiedade apresentam o mesmo padrão de evolução, indicando os resultados uma diminuição da sintomatologia ao longo do processo terapêutico. Os resultados mostram um acentuado decréscimo inicial na sintomatologia, que na segunda ou terceira sessão continua a decrescer, mas a um ritmo mais lento. O decréscimo inicial acentuado vai de encontro ao que a literatura relata acerca dos ganhos

súbitos nestes diagnósticos (Clerkin et al., 2008; Hofmann et al., 2006; Norton et al., 2010).

O resultado que mostra valores iniciais de sintomatologia maiores para os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social vai de encontro ao encontrado na literatura para os ganhos súbitos em indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, onde se mostra que estes indivíduos apresentam valores mais elevados de sintomatologia no pré-tratamento (Hofmann et al., 2006).

Os resultados demonstram uma diminuição da sintomatologia, indo de encontro à literatura que indica uma melhoria sintomatológica, nestes dois grupos de diagnóstico de perturbação de ansiedade, após tratamento, nomeadamente no que concerne os seus níveis de ansiedade e humor deprimido (Ashbaugh et al., 2007; Rosa et al., 2002; Rosser et al., 2003; Rufer et al., 2010; Stravynski et al., 2000).

Uma vez que o instrumento utilizado parece avaliar em maior proporção questões interpessoais, as mudanças a nível do OQT podem estar a traduzir a mudança no funcionamento social dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. A literatura mostra que, tanto nos indivíduos com perturbação de ansiedade social, como nos indivíduos com perturbação de pânico, há melhorias após tratamento quer na vida social, quer na vida familiar, adaptação global e auto estima (Antona, & Garcia-Lopez, 2008; Michelson et al, 1998; Stout et al., 2001). Assim, tal como a literatura apresenta melhorias na vida social e familiar de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, também este estudo identifica melhorias ao nível do relacionamento interpessoal e funcionamento do papel social.

Respondendo à segunda questão que guiou o presente estudo, concluímos que há diferenças ao nível da sintomatologia apresentada pelos indivíduos na fase inicial da terapia de acordo com o tipo de diagnóstico de perturbação de ansiedade. Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, quando comparados com os

indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, iniciam a terapia com níveis mais elevados de sintomatologia, provavelmente decorrentes dos problemas ao nível do funcionamento interpessoal que apresentam. Porém, a evolução da sintomatologia é semelhante para estes dois tipos de diagnósticos de perturbação de ansiedade. A melhoria sintomatológica é mais acentuada nas três primeiras sessões para ambos os diagnósticos, apontando para a possível centralidade da importância desta fase do processo terapêutico com indivíduos com as perturbações de ansiedade estudadas.

Neste momento é de salientar a concordância entre os padrões de desenvolvimento da aliança terapêutica e da evolução da sintomatologia nestes dois diagnósticos. Há uma concordância ao nível do tempo (representado pela sessão) em que ocorrem as mudanças nos padrões de ambas as variáveis. Os resultados mostram como as mudanças nestes padrões co-ocorrem entre a segunda, terceira e quarta sessão, salientando a importância destes momentos. Outra semelhança entre estes padrões é a diminuição acentuada da sintomatologia quando o cliente percebe um aumento linear da qualidade da aliança terapêutica. Quando a qualidade da aliança se torna constante e elevada, na perspetiva do cliente, a sintomatologia vai diminuindo mas de forma mais ligeira. Salienta-se então a importância das sessões iniciais, onde ocorrem as mudanças mais acentuadas ao nível da aliança terapêutica e sintomatologia e que podem ser determinantes na estabilidade dos resultados nas fases de intervenção e finalização do processo terapêutico. Os resultados sugerem assim, a necessidade de atender e dar importância à avaliação / intervenção, com foco quer nos sintomas quer na relação / aliança, nas fases iniciais do processo terapêutico, em indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social.

Experiência ótima

Os resultados sobre a experiência ótima indicam que este tipo de experiência ocorre durante todo o processo terapêutico, apresentando uma diminuição de frequência desde o seu início até ao seu fim. Estes resultados indicam que, no contexto terapêutico, há situações ou atividades em que a percepção de desafios e a percepção de competências, por parte dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, é elevada.

Para que ocorra experiência ótima tem que estar presente um balanço entre desafios percebidos e competências percebidas (Csikszentmihalyi et al., 2005). Os resultados indicam-nos que, existem situações ou atividades no contexto terapêutico, onde há um equilíbrio entre uma percepção de desafios elevados e uma percepção de competências elevadas. Ou seja, um dos elementos essenciais para a ocorrência de experiência ótima está presente nas situações ou atividades do contexto terapêutico. Este resultado corrobora o facto de a terapia, no caso de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, se constituir ela própria como um recurso que influencia a condução do comportamento para oportunidades de ação mais construtivas. Delle Fave e Massimini (1992) afirmam que a terapia deve tentar reorientar o indivíduo para a procura pessoal, na exploração de possibilidades desafiantes para a ação na vida diária, reforçando os seus esforços de desenvolvimento de competências pessoais de forma a fazer face aos desafios e pôr fim ao seu evitamento. Assim, os resultados poderão querer indicar que a exploração de situações desafiantes que promovem as competências do indivíduo com diagnóstico de perturbação de ansiedade ocorre nas atividades presentes no contexto terapêutico.

Ao longo de todo o processo terapêutico, a probabilidade de ocorrência de uma experiência ótima é menor para o diagnóstico de perturbação de ansiedade social quando comparado com o diagnóstico de perturbação de pânico. Estes resultados podem estar relacionados com os problemas relacionais que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social trazem consigo (Fogler et al., 2007; Hewitt et al., 2008; Moscovitch et al., 2007; Stangier et al., 2006). Os estudos mencionados mostram como os

indivíduos com perturbação de ansiedade social demonstram uma baixa auto-estima e falta de competências sociais. Esta baixa auto-estima e falta de competências sociais dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social podem fazer com que a sua perceção de competências nas atividades do processo terapêutico seja igualmente baixa. Os indivíduos com perturbação de ansiedade social apresentam uma ruminação constante acerca do seu comportamento. Esta ruminação exige uma análise constante do seu comportamento que é um alvo central da sua atenção. Nestes indivíduos o conceito de si próprio está sempre em jogo e os riscos desse auto-conceito, que é frágil, são sempre antecipados de forma negativa (Fehm et al., 2007; Woody, & Rodriguez, 2000). Esta preocupação constante com o seu comportamento parece comprometer a disponibilidade mental de estes indivíduos se descentrarem desta auto-avaliação negativa de si próprios e focarem a sua atenção na tarefa em mãos. Sublinhe-se que a perda de auto-consciência e a absorção na tarefa são elementos presentes numa experiência ótima ou de *flow* (Csikszentmihalyi, 1990). Desta forma, o comprometimento cognitivo dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social pode fazer com que, para estes indivíduos, seja mais difícil atingir um balanço entre a perceção de competências elevadas e a perceção de desafios elevados, para que se produza uma experiência ótima ou de *flow*. A preocupação e a dificuldade em se descentrarem da avaliação do terapeuta face ao seu comportamento ou desempenho pode favorecer a atenção auto-centrada e prejudicar a ocorrência de experiência ótima.

Os resultados indicam também que, ao longo do processo terapêutico, a experiência ótima ou de *flow* vai diminuindo a sua frequência, em ambos os diagnósticos. Isto não significa, necessariamente, que os ingredientes necessários para que esse tipo de experiência ocorra deixem de existir, mas antes que, tal como no dia a dia a experiência subjetiva vai flutuando, também ao longo do processo terapêutico o mesmo acontece. Esta flutuação da experiência subjetiva ao longo do processo terapêutico pode estar relacionada com uma mudança na perceção de desafios e na perceção de competências dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Os resultados indicam que, no que respeita aos elementos do contexto terapêutico, avaliados neste estudo que influenciam a ocorrência de experiência ótima ou *flow* neste contexto, apenas a aliança terapêutica se encontra associada à ocorrência deste tipo de experiência. Os resultados mostram como a percepção do cliente de uma aliança terapêutica de boa qualidade entre terapeuta e cliente favorece a ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico. Os resultados apresentam uma coincidência temporal entre o padrão de desenvolvimento da aliança terapêutica e a probabilidade de ocorrência de uma experiência ótima. Algures entre a terceira e a quinta sessão parece que, quer a aliança terapêutica, quer a probabilidade de ocorrência de experiência ótima, demonstram uma mudança no seu padrão ao longo do processo terapêutico.

No que concerne à aliança terapêutica, este é o ponto onde a literatura mostra que a aliança terapêutica tende a estar formada (Horvath, 2000). Quando analisamos a probabilidade de ocorrência de uma experiência ótima, os resultados indicam que nas primeiras sessões os indivíduos sentem um balanço entre a sua percepção de desafios e a sua percepção de competências, que sendo elevados lhes permitem perspetivar uma oportunidade de ação no contexto terapêutico.

É unânime, entre as diferentes perspetivas conceptuais da terapia, a importância do cuidado com o desenvolvimento aliança terapêutica, uma vez que a literatura indica a sua associação com o tipo de resultado terapêutico obtido (Horvath, & Symond, 1991; Liber et al., 2010; Martin et al., 2000; Orlinsky et al., 2003; Sauer et al., 2010). Os resultados do estudo aqui apresentado parecem indicar que no trabalho terapêutico a possível presença desse cuidado está associada à ocorrência de experiência ótima. Desta forma, o cuidado com o desenvolvimento de um trabalho colaborativo e intencional, poderá estar relacionado com a percepção de competências e percepção de desafios nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, face às atividades terapêuticas.

A experiência ótima tem sido associada ao desenvolvimento e complexificação dos indivíduos (Delle Fave, & Massimini, 2005) uma vez que o desenvolvimento das competências, que o envolvimento nas tarefas facilita, faz com que procurem tarefas que

envolvam desafios cada vez maiores, no sentido de repetir a experiência e desenvolvam, ainda mais, as suas competências. Ao vivenciarem uma experiência ótima no contexto terapêutico estes indivíduos podem tornar-se predispostos a uma procura de atividades que proporcionem desafios mais elevados na sua vida diária, com vista a repetirem a vivência deste tipo de experiência.

No momento em que a aliança terapêutica atinge a sua estabilidade, o ponto onde a literatura mostra que a aliança tende a estar formada, os resultados indicam que a probabilidade de ocorrência de experiência ótima diminui. Isto acontece nos dois grupos de diagnóstico de perturbação de ansiedade. Estes resultados podem indicar que, para os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, a fase inicial do processo terapêutico seja encarada como o momento do contexto terapêutico que apresenta as atividades com os maiores desafios e onde os indivíduos percebem as mais elevadas competências. Os resultados indicam que para esta percepção contribui a aliança terapêutica, ou seja, a perspectiva do cliente de um trabalho colaborativo e intencional onde o cliente sente que tem um papel ativo. A aliança terapêutica na perspectiva de Bordin (1979; 1994) é um processo de negociação entre terapeuta e cliente. Os resultados parecem mostrar que o que pode ser desafiante, mas também importante em termos de desenvolvimento de competências percebidas nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, são experiências de natureza relacional e interpessoal. Estas experiências de natureza relacional e interpessoal são precisamente o que a negociação da aliança envolve, quer porque na aliança está implícito um vínculo relacional, quer porque os objetivos e tarefas terapêuticas se relacionam com esta área de vida nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. Pode então dizer-se que a experiência ótima ou flow associada à aliança poderá significar que naquela relação terapêutica o indivíduo com diagnóstico de perturbação de ansiedade experimenta desafio, mas também, percebe competências, e isso pode ser facilitado pela atitude securizante e motivadora do terapeuta.

Neste estudo, a aliança terapêutica surge então como elemento facilitador da ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico. A perspectiva interpessoal aplicada ao contexto terapêutico (Dietzel, & Abeles, 1975; Kiesler, 1983; Tracey, 1993) salienta a importância da complementaridade, na fase inicial da terapia, para a promoção de uma aliança terapêutica de qualidade. No entanto, este modelo indica também que a mudança apenas ocorre se existir desconfirmação dos padrões relacionais disfuncionais do cliente. De acordo com este modelo, para que essa mudança seja facilitada é importante uma boa aliança terapêutica que permita transições harmoniosas entre confirmação e desconfirmação sem que o cliente se sinta invalidado. Tendo em conta esta perspectiva, os resultados podem significar uma aliança terapêutica de qualidade pode fazer com que a atividade de transição entre confirmação e desconfirmação seja eventualmente encarada como apresentando desafios elevados em relação aos quais o cliente sente que desenvolve competências elevadas para lhes fazer face.

Assim, respondendo à questão de investigação sobre a possibilidade de ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico pode-se concluir que esta experiência ocorre no contexto terapêutico. Os resultados mostram como a probabilidade de ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico é menor no diagnóstico de perturbação de ansiedade social. Quanto às variáveis associadas à ocorrência de experiência ótima, a aliança terapêutica é apontada pelos resultados como sendo um elemento do contexto terapêutico que favorece essa ocorrência, principalmente na fase inicial do processo terapêutico.

ESTUDO 2: A vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

1. Objetivos

2. Resultados

3. Discussão

ESTUDO 2: A VIDA DIÁRIA DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE

1. Objetivo

O principal objetivo deste estudo consistiu em caracterizar as mudanças na experiência subjetiva na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, enquanto se encontram envolvidos num processo terapêutico.

Para responder a este objetivo as questões que guiaram a investigação foram:

- Como se caracteriza a experiência subjetiva dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade nos seus contextos da vida diária, em cada um dos momentos, correspondentes às três fases do processo terapêutico)?
- Quais as diferenças na vida diária, ao nível da experiência ótima e quais os fatores explicativos da probabilidade da sua ocorrência?

2. Resultados

2.1 A experiência subjetiva dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade nos seus contextos da vida diária

Na análise da vida diária foram eleitos momentos que correspondem a diferentes fases do processo terapêutico. Desta forma foi analisada uma semana da vida diária dos indivíduos na fase inicial do processo terapêutico, uma semana da vida diária dos indivíduos na fase intermédia do processo terapêutico e uma semana da vida diária dos indivíduos na fase final do processo terapêutico.

Uma vez que, relativamente às variáveis da vida diária em estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de diagnóstico de perturbação de ansiedade definidos (tabela 14) foi tomada a decisão de descrever globalmente a vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade em cada um dos momentos correspondente às diferentes fases do processo terapêutico.

Nos diferentes momentos as variáveis analisadas são a companhia, o pensamento, a afetividade, a satisfação consigo próprio, a percepção de desafios e competências e os canais experienciais. Estas variáveis foram as eleitas, uma vez que de acordo com a literatura revista poderiam ser aquelas mais passíveis de mudança atendendo ao diagnóstico em questão e antevendo que o processo terapêutico trabalha intencionalmente estas questões tendo em vista a mudança dos indivíduos. Os resultados decorrem de uma análise *beep-level* dos dados.

Fase inicial processo terapêutico

Todos os indivíduos (21) levaram a cabo o procedimento de recolha de dados sobre a vida diária nesta fase inicial do processo terapêutico. Estes indivíduos completaram no total 510 *ESFs*, correspondentes a uma média de 24 questionários por sujeito, com um desvio padrão de 9.4, em que o mínimo é 12 e o máximo é 42.

Relativamente à variável companhia, em que apenas 2% do material não foi possível codificar, os resultados indicam que os indivíduos 50,5% das vezes em que foram sinalizados estavam acompanhados e 47,5% das vezes estavam sozinhos.

Na variável pensamento, após a categorização referida no método, na análise das categorias do conteúdo do pensamento (gráfico 4) os resultados indicam que os indivíduos mais frequentemente estavam a pensar no trabalho ou estudo (19,2%), seguidamente aparecem os pensamentos relacionados com o próprio (15,5%), pensamentos acerca do tempo livre (13,3%) e pensamentos acerca das relações interpessoais (10%).

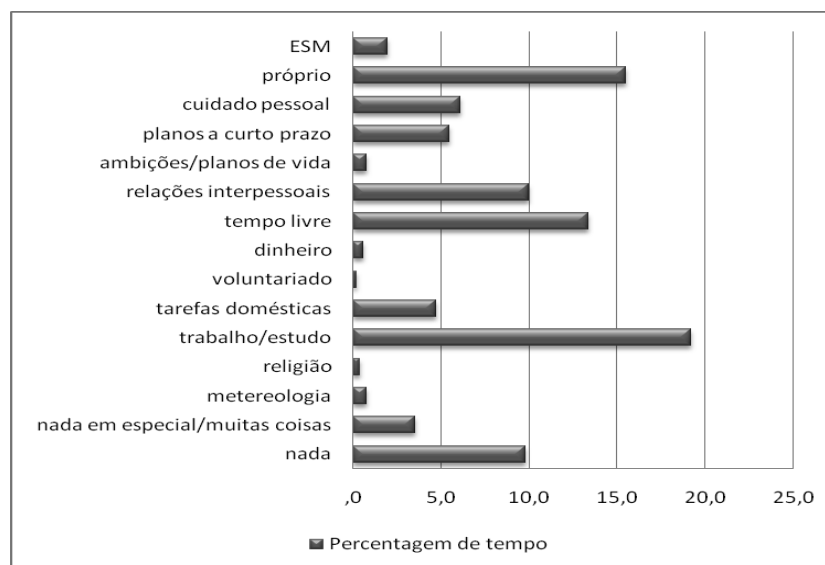


Gráfico 4. Percentagem de ocorrência de cada categoria de conteúdo de pensamento durante as amostragens ESM na vida diária de indivíduos com ansiedade na fase inicial do processo terapêutico

No que respeita ainda à variável pensamento, mas desta feita na dimensão da sua relação ao problema, os resultados (tabela 8) indicam que muitos destes pensamentos (75,3%) não estão relacionados com o problema que traz estes indivíduos à terapia. Na dimensão da qualidade ativa do pensamento, os resultados (tabela 8) indicam que mais de metade destes pensamentos é de natureza passiva (58,4%), seguindo-se pensamentos pro-ativos (24,7%) e em menor percentagem tomadas de decisão (9,2%).

Tabela 8

Distribuição da percentagem de ocorrência do pensamento, na sua dimensão de relação com o problema do cliente e qualidade activa e passiva do pensamento, na vida diária de indivíduos com ansiedade na fase inicial do processo terapêutico

Dimensão do pensamento	Categoria	Frequência	Percentagem
Relação do pensamento com o problema	<i>Não relacionado</i>	384	75,3%
	<i>Relacionado</i>	87	17,1%
Qualidade ativa do pensamento	<i>Pensamento proativo</i>	126	24,7%
	<i>Tomada de decisão</i>	47	9,2%
	<i>Pensamento passivo</i>	298	58,4%

Para a análise da afetividade (na caracterização das emoções), satisfação consigo próprio e percepção de desafios e competências procedeu-se à normalização dos seus valores. Uma vez que um mesmo sujeito responde a vários questionários na semana, interessou perceber a média do indivíduo em relação a cada uma destas variáveis ao longo do processo terapêutico. Para o efeito, primeiro calculou-se a média e desvio padrão para cada emoção de cada sujeito, em cada fase. Posteriormente calculou-se uma média dos valores de cada sujeito nos diferentes momentos. Esta média corresponde à média da emoção para o indivíduo ao longo do processo. Este foi o valor utilizado para a normalização dos valores da afetividade para os *beeps*. Os resultados da normalização são valores *z* que demonstram o afastamento à média (0). Os resultados aqui apresentados representam uma média do afastamento à média zero do indivíduo com diagnóstico de perturbação de ansiedade na escala daquela emoção nesta fase inicial do processo terapêutico.

Para testar a significância do afastamento à média zero, foi efetuado um One-Sample T test à média zero.

Quando analisado o afastamento do indivíduo em relação à sua média para a afetividade, neste momento do *design* os resultados indicam que os indivíduos tendem a registrar a afetividade próxima da média sem grandes oscilações, como indicado pelos valores próximos de zero (tabela 9). No caso da afetividade positiva (feliz, alegre e relaxado) ela encontra-se associada a valores negativos indicando que os indivíduos, neste momento, apresentam uma tendência a reportá-la ligeiramente abaixo da sua média. Por seu turno, a afetividade negativa (triste, ansioso e zangado) surge com valores positivos, indicando que os indivíduos apresentam uma tendência para classificá-la, neste momento, ligeiramente acima da sua média. Na afetividade positiva, o estar alegre é a emoção que se encontra significativamente abaixo da média neste momento.

Tal como na afetividade positiva, nesta fase, a satisfação consigo próprio encontra-se abaixo da média da satisfação consigo próprio, apresentando valores marginalmente singificativos.

Nas variáveis percepção de desafios e percepção de competências, quanto ao afastamento à média da percepção de desafios e percepção de competências nas atividades da vida diária, os resultados mostram uma tendência destes valores neste momento se encontrarem abaixo da média do indivíduo. Os resultados evidenciam que, no momento correspondente à fase inicial da terapia, os indivíduos tendem a perceber as situações como apresentando desafios abaixo da média dos seus desafios percebidos e percecionam competências abaixo da média da sua percepção de competências.

Tabela 9

Valores normalizados da média e desvio padrão no beep-level para as dimensões da experiência – afecto positivo: feliz, alegre, relaxado; afecto negativo: ansioso, zangado, triste; satisfação consigo próprio; desafios percebidos; e competências percebidas – da vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase inicial do processo terapêutico

	N	M (SD)
Afetividade positiva		
Feliz	508	-0.06 (1.27)
Alegre	507	-0.17 (1.37)*
Relaxado	503	-0.08 (1.16)
Afetividade negativa		
Ansioso	507	0.05 (1.24)
Zangado	487	0.01 (1.20)
Triste	457	0.09 (1.31)
Satisfeito		
	504	-0.11 (1.22)
Desafios		
	505	-0.08 (1.08)
Competências		
	505	-0.09 (1.14)

Nota. *n* = número de beeps

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

A distribuição dos canais experienciais está apresentada no gráfico 5. Os resultados mostram como o canal mais frequente é o de relaxamento (20%), ao qual se segue o canal de *flow* ou experiência ótima (16,44%).

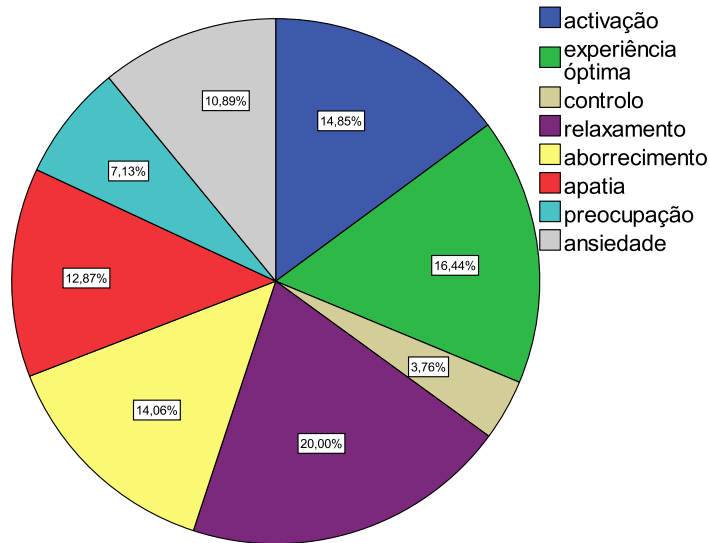


Gráfico 5. Frequência dos canais experienciais na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase inicial do processo terapêutico

Fase intermédia do processo terapêutico

A descrição da vida diária correspondente à fase intermédia do processo terapêutico tem por base a análise de 13 dos 21 indivíduos que haviam levado a cabo o procedimento no primeiro momento. O motivo pelo qual há uma diminuição na amostra deve-se em alguns casos a drop out e noutros ao facto do processo terapêutico ter sido mais curto que as 20 sessões pré-definidas. Nestes casos de duração mais curta, que apenas apresentam dois momentos de avaliação, o segundo momento de avaliação através da metodologia ESM corresponde à vida diária na fase final do processo e os dados obtidos serão explorados nesse momento. No total estes indivíduos responderam a 249 *ESFs*, que correspondem a uma média de 19 questionários por sujeito, com um desvio padrão de 8,45, em que o mínimo de questionários preenchidos é 7 e o máximo é 33.

Na variável companhia, os resultados indicam que neste momento há um equilíbrio entre o tempo que os indivíduos passam sozinhos (49,4%) ou acompanhados (49%).

Relativamente à variável pensamento, na sua dimensão conteúdo (gráfico 6), os resultados indicam que o trabalho ou estudo é a categoria mais frequentemente relatada pelos indivíduos (22,1%), seguida das categorias não pensar em nada (14,9%), no próprio (14,1%), no tempo livre (12,9%) e nas relações interpessoais (10%).

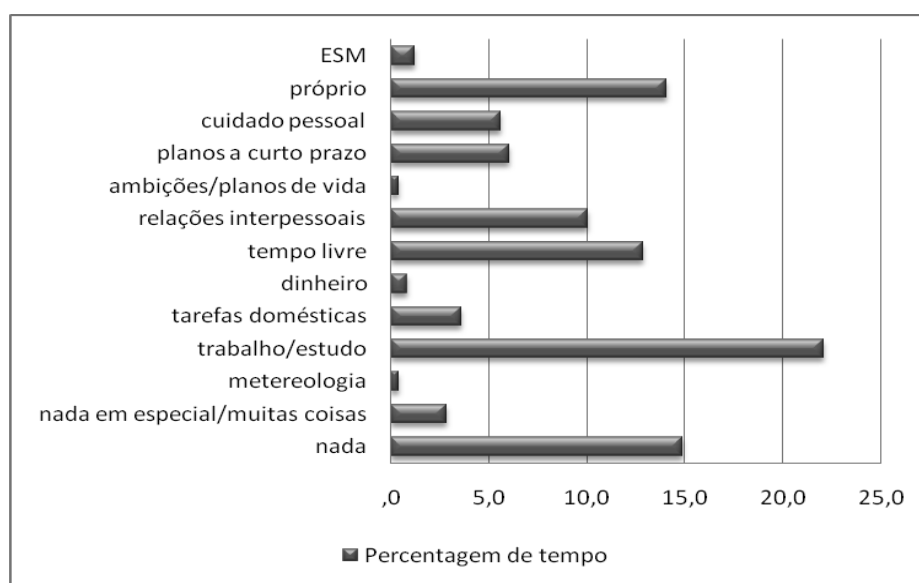


Gráfico 6. Percentagem de ocorrência de cada categoria de conteúdo de pensamento durante as amostragens ESM na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico

Na fase intermédia, os resultados da vida diária dos indivíduos acerca da dimensão do pensamento relacionado com o problema indicam que são mais frequentes os pensamentos não relacionados com o problema. Na dimensão da qualidade ativa do pensamento, os resultados mostram que a natureza passiva do pensamento surge mais recorrentemente (57,8%).

Tabela 10

Distribuição da percentagem de ocorrência do pensamento, na sua dimensão de relação com o problema do indivíduo e qualidade ativa e passiva do pensamento, na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico

Dimensão do pensamento	Categoria	Frequência	Percentagem
Relação do pensamento com o problema	<i>Não relacionado</i>	187	75,1%
	<i>Relacionado</i>	49	19,7%
Qualidade ativa do pensamento	<i>Pensamento proativo</i>	70	28,1%
	<i>Tomada de decisão</i>	22	8,8%
	<i>Pensamento passivo</i>	144	57,8%

A tabela 11 apresenta os resultados do One-Sample T Test da média do afastamento da afetividade, satisfação consigo próprio, perceção de desafios e perceção de competências dos indivíduos em relação à média zero no momento da vida diária que corresponde à fase intermédia do processo terapêutico. Quando a afetividade é alvo de análise em relação ao seu afastamento da média dos indivíduos da afetividade demonstrada na vida

diária, os resultados indicam que, na sua vida diária, os valores nesta fase intermédia pouco se afastam da média dos indivíduos na sua afetividade. A afetividade positiva está associada a valores positivos, indicando que neste momento há uma tendência para a afetividade positiva estar acima da sua média. No caso da afetividade negativa, apenas a ansiedade apresenta valores positivos, demonstrando uma tendência para estar acima da média da ansiedade na vida diária destes indivíduos. Estar zangado e triste são emoções negativas associadas a valores negativos, comprovando neste momento uma tendência para estar abaixo da sua média.

Analisado o afastamento à média da satisfação consigo próprio na sua vida diária, os resultados encontrados indicam que os valores dos indivíduos na sua vida diária neste momento estão perto da sua média e associados a valores positivos.

Relativamente ao afastamento face à média da perceção de desafios e da perceção de competências nas atividades da sua vida diária, neste momento, os resultados mostram que a perceção de desafios está associada a valores positivos, encontrando-se neste momento significativamente acima da sua média. Por outro lado, a perceção de competências nas atividades da sua vida diária está associada a valores negativos, indicando uma tendência de os indivíduos neste momento se percecionarem com competências abaixo da sua média.

Tabela 11

Valores normalizados da média e desvio padrão no beep-level para as dimensões da experiência – afecto positivo: feliz, alegre, relaxado; afecto negativo: ansioso, zangado, triste; satisfação consigo próprio; desafios percebido; e competências percebidas – da vida diária de indivíduos com ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico

	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>
Afetividade positiva		
Feliz	249	0.04 (0.99)
Alegre	249	0.02 (0.99)
Relaxado	249	0.08 (1.06)
Afetividade negativa		
Ansioso	248	0.02 (1.09)
Zangado	228	-0.09 (1.43)
Triste	228	-0.01 (1.22)
Satisfeito	246	0.06 (0.93)
Desafios	249	0.16 (0.99)*
Competências	249	-0.07 (0.93)

Nota. *n* = número de beeps

* $P < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

A variável dos canais experienciais distribui-se de acordo com o apresentado no gráfico 7. Como mais frequente temos, em exéquo, o canal de relaxamento e *flow* ou experiência ótima com 18,9%, seguindo-se o canal de ativação (16,5%) e o canal de apatia (16,1%).

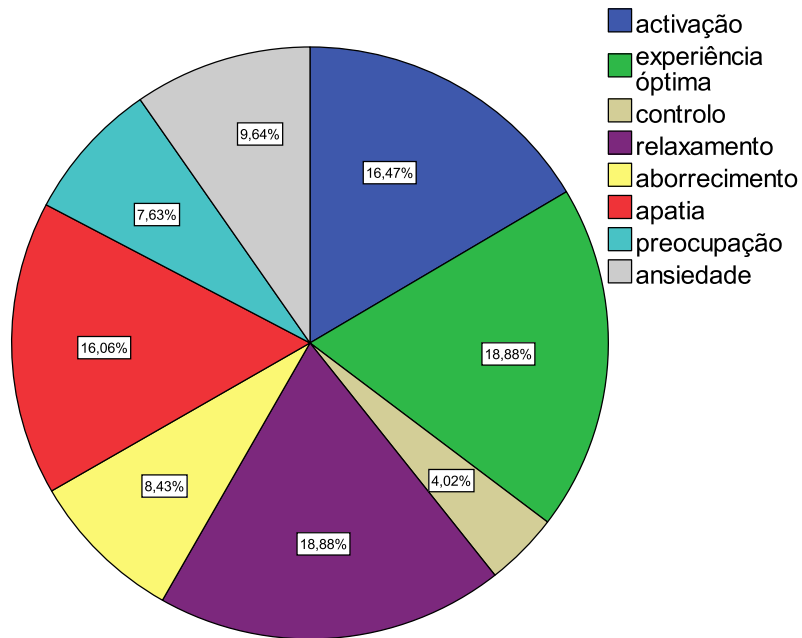


Gráfico 7. Frequência dos canais experienciais na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase intermédia do processo terapêutico

Fase final do processo terapêutico

Nesta fase final do processo terapêutico 14 indivíduos, dos 21 que levaram a cabo a metodologia ESM na fase inicial, realizaram o procedimento. Estes indivíduos responderam a um total de 238 questionários, numa média de 17 questionários por sujeito, desvio padrão de 9,21, com um mínimo de 4 e um máximo de 38 questionários preenchidos.

Os resultados da variável companhia indicam que, na fase final da terapia, os indivíduos tendem a passar ligeiramente mais tempo sozinhos (51,3%) do que acompanhados (43,7%) na sua vida diária.

No que concerne à variável pensamento e à sua dimensão conteúdo (gráfico 8), os resultados indicam que na sua vida diária pensar no trabalho ou estudo é o conteúdo mais frequente (17,6%), seguindo-se os pensamentos sobre o próprio (15,5%), o tempo livre (10,9%) e as relações interpessoais (9,7%).

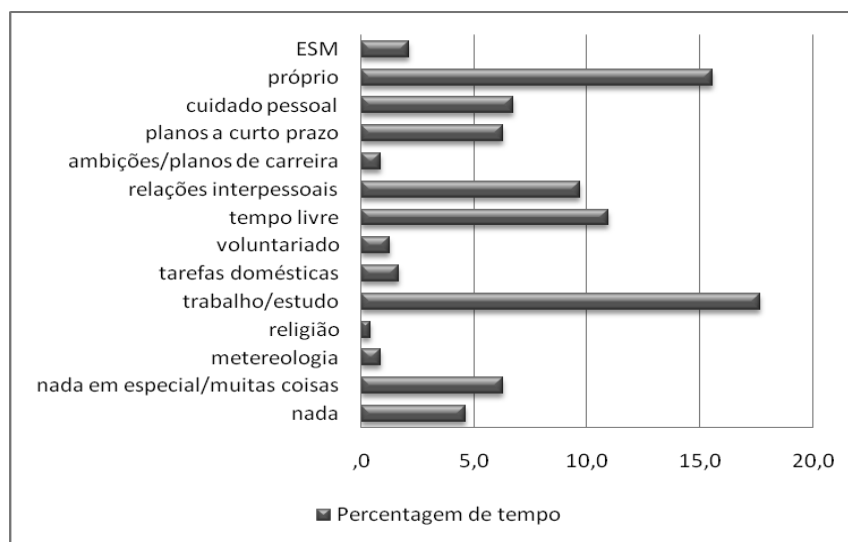


Gráfico 8. Percentagem de ocorrência de cada categoria de conteúdo de pensamento durante as amostragens ESM na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico

Quanto à variável pensamento, mas na sua dimensão de relação com o problema, os resultados indicam que na vida diária destes indivíduos grande parte destes pensamentos não está relacionada com o problema (63,4%). Na dimensão da qualidade ativa do pensamento, os resultados mostram que a maioria destes pensamentos são de cariz passivo (57,1%).

Tabela 12

Distribuição da percentagem de ocorrência do pensamento, na sua dimensão de relação com o problema do cliente e qualidade activa e passiva do pensamento, na vida diária de indivíduos com ansiedade na fase final do processo terapêutico

Dimensão do pensamento	Categoria	Frequência	Percentagem
Relação do pensamento com o problema	<i>Não relacionado</i>	151	63,4%
	<i>Relacionado</i>	51	21,4%
Qualidade ativa do pensamento	<i>Pensamento proativo</i>	46	19,3
	<i>Tomada de decisão</i>	20	8,4%
	<i>Pensamento passivo</i>	136	57,1%

A tabela 13 apresenta os resultados do One-Sample T Test da média do afastamento da afetividade, satisfação consigo próprio, perceção de desafios e perceção de competências dos indivíduos em relação à média zero no momento da vida diária que corresponde à fase final do processo terapêutico. Quando analisado o afastamento à média da afetividade, nesta fase final, os resultados indicam uma tendência da afetividade positiva estar acima da média, uma vez que está associada a valores positivos. Na afetividade positiva, tão só as emoções estar feliz e alegre se encontram significativamente acima da média. A afetividade negativa mostra uma tendência para estar abaixo da média neste

momento, uma vez que aparece associada a valores negativos. Na afetividade negativa, apenas as emoções estar ansioso e estar triste surgem significativamente abaixo da média.

Tabela 13

Valores normalizados da média e desvio padrão no beep-level para as dimensões da experiência – afeto positivo: feliz, alegre, relaxado; afeto negativo: ansioso, zangado, triste; satisfação consigo próprio; desafios percebidos; e competências percebidas – da vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico

	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>
Afetividade positiva		
Feliz	238	0.14 (0.95)*
Alegre	237	0.31 (0.90)***
Relaxado	232	0.09 (0.86)
Afetividade negativa		
Ansioso	236	-0.14 (0.86)*
Zangado	228	-0.01 (0.93)
Triste	228	-0.12 (0.88)*
Satisfeito	232	0.23 (1.00)***
Desafios	235	-0.03 (1.00)
Competências	235	0.15 (0.97)*

Nota. *n* = número de beeps

* $P < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

No que respeita ao afastamento à média na sua vida diária da variável satisfação consigo próprio, os resultados mostram que ela está associada a valores positivos, nesta fase, e portanto se encontra na vida diária dos indivíduos nesta fase significativamente acima da média do indivíduo.

Os resultados no afastamento face à média da percepção de desafios e da percepção de competências nas atividades da sua vida diária, neste momento correspondente à fase final da terapia, indicam que a variável de percepção de desafios está associada a valores negativos, enquanto a percepção de competências está associada a valores positivos. A percepção de desafios neste momento, mostra uma tendência para estar abaixo da média da percepção de desafios do indivíduo na vida diária e a percepção de competências está neste momento significativamente acima da média da percepção de competências na sua vida diária.

O gráfico 9 apresenta a distribuição dos canais experienciais na vida diária dos indivíduos no momento final da terapia. Os resultados indicam que o canal de relaxamento se destaca como o canal com maior frequência na vida diária dos indivíduos (31,1%), seguindo-se o canal de ativação (19,3%) e o de *flow* ou experiência ótima (11,8%).

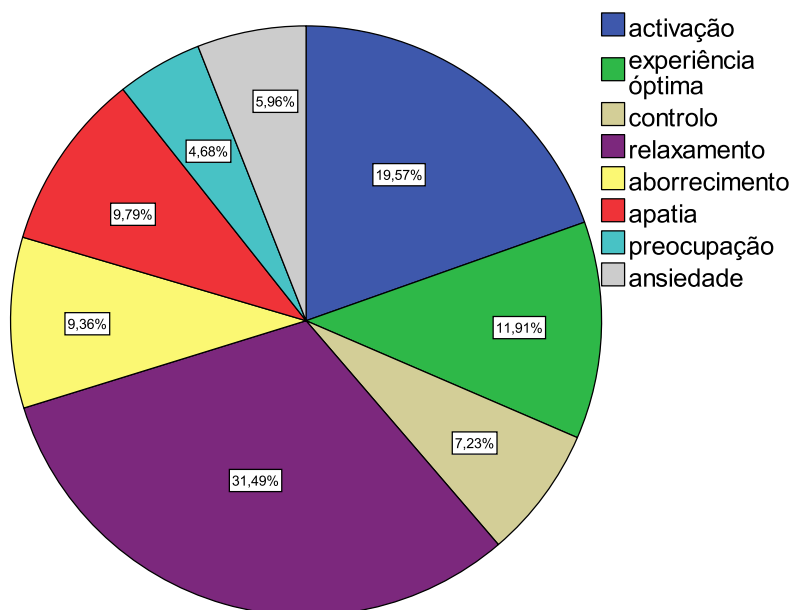


Gráfico 9. Frequência dos canais experienciais na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na fase final do processo terapêutico

2.2 Diferenças na vida diária a nível da experiência ótima e fatores explicativos da probabilidade da sua ocorrência

Nesta fase intencionalizou-se a identificação dos fatores que na vida diária contribuem para a ocorrência de experiência ótima e, ainda, a procura de diferenças na probabilidade da ocorrência desta experiência nos diversos momentos do *design*. Os resultados relativos à análise que permite identificar essas diferenças na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade encontram-se na tabela 14. Os valores do estimador pontual correspondem ao componente μ_{ij} do modelo matemático desenvolvido. O valor do estimador pontual indica o tipo de correlação da variável utilizada no modelo para a explicação da probabilidade de ocorrência de experiência

ótima na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade e quantifica o impacto dessa variável nessa probabilidade.

Tabela 14

Resultados do modelo ajustado para a probabilidade de ocorrência de experiência ótima na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade

		Estimador Pontual	Erro Padrão	Sig
Diagnóstico	<i>Perturbação de ansiedade social</i>	2.144	1.987	ns
	<i>Perturbação de pânico</i>	-1.345	0.764	ns
Companhia	<i>Acompanhado</i>	0.522	0.243	*
Pensamento	<i>Não relacionado com o problema</i>	1.580	0.594	**
Afetividade	Positiva	-0.123	2.45	ns
	Negativa	0.456	2.78	ns
Satisfação consigo próprio		-0.109	0.054	*
Perceção	<i>Desafios</i>	0.474	0.045	***
	<i>Competências</i>	0.404	0.064	***
Momento	2 (Fase intermédia da terapia)	1.780	0.729	*
	3 (Fase final da terapia)	0.903	0.852	ns
Momento X Pensamento relacionado com o problema	2	-2.137	0.782	**
	3	-1.196	0.903	ns

* $P < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ ns não significativo

Relativamente ao momento, os resultados indicam que é no momento 2, que corresponde à fase intermédia do processo terapêutico, que há uma maior probabilidade de ocorrência

de experiência ótima na vida diária dos indivíduos ($\beta = 1.78$, $R^2 = .729$, $p < .05$). Estar na fase intermédia da terapia faz com que a probabilidade de ocorrência de experiência ótima na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade aumente em média 1,78 pontos, como informa o estimador pontual. O terceiro momento não apresenta qualquer mudança estatisticamente significativa na ocorrência de experiência ótima ou *flow* na vida diária dos indivíduos ansiosos ($\beta = .903$, $R^2 = .852$).

Quando analisada a probabilidade de ocorrência de experiência ótima, os resultados apontam quais os elementos que influenciam esta probabilidade (tabela 14).

Assim, a variável companhia encontra-se associada à probabilidade de ocorrência de experiência ótima ou *flow* na vida diária dos indivíduos. Estar acompanhado aumenta a probabilidade de ocorrência deste tipo de experiência ao longo do tempo, ao contrário de estar sozinho ($\beta = .522$, $R^2 = .243$, $p < .05$).

Quanto à variável pensamento também se constata uma associação entre esta dimensão da experiência e a probabilidade de ocorrência de experiência ótima ou *flow* na vida diária dos indivíduos, nomeadamente no que se refere à dimensão da relação do pensamento com o problema do cliente. Pensamentos não relacionados com o problema aumentam a probabilidade de ocorrência de experiência ótima ao longo do tempo ($\beta = 1.58$, $R^2 = .594$, $p < .01$).

Em termos de resultados da variável afetividade, nem a afetividade positiva, nem a afetividade negativa surgem associadas à probabilidade de ocorrência de experiência ótima.

Já a variável de satisfação consigo próprio apresenta uma associação com a probabilidade de ocorrência de experiência ótima ou *flow* na vida diária dos indivíduos. Neste caso, a associação encontrada é de sentido negativo ($\beta = -.11$, $R^2 = .$, $p < .05$), indicando que quanto mais satisfeitos os indivíduos se sentem consigo próprios, menor é a probabilidade de ocorrer experiência ótima ou *flow* no seu dia a dia.

Na percepção de desafios e percepção de competências nas atividades da vida diária dos indivíduos os resultados mostram uma associação positiva destas variáveis com a ocorrência de experiência ótima ou *flow* na vida diária dos indivíduos (desafios: $\beta = .47$, $R^2 = .045$, $p < .001$; competências: $\beta = .40$, $R^2 = .064$, $p < .001$). Ao longo do tempo, registrando-se um aumento da percepção de desafios nas atividades do seu dia a dia, a probabilidade de ocorrer experiência ótima ou *flow* vê-se incrementada, em média, 0,47 pontos, de acordo com o estimador pontual. No caso da percepção de competências nas atividades do dia a dia, à medida que esta aumenta regista-se uma subida, em média, de 0,40 pontos na probabilidade de ocorrer experiência ótima ou *flow*, como informa o estimador pontual.

Centradas as atenções na existência de interações, os resultados evidenciam uma interação entre o momento em que é efetuada a avaliação da vida diária no design e a variável pensamento, que influencia a probabilidade de ocorrência de experiência ótima ou *flow* na vida diária dos indivíduos ($\beta = -2.14$, $R^2 = .79$, $p < .01$). Os resultados desta interação mostram que no segundo momento do *design*, ou seja, no momento correspondente à fase intermédia do processo terapêutico, a ocorrência de pensamentos relacionados com o problema na vida diária destes indivíduos faz diminuir a probabilidade de ocorrência de experiência ótima na sua vida diária, em média, 2,14 pontos, como informa o estimador pontual.

3. Discussão

Os resultados mostram uma ausência de diferenças significativas nas variáveis escolhidas para o estudo da experiência da vida diária destes indivíduos, em função dos diagnósticos de perturbação de ansiedade estudados. As conceptualizações transdiagnósticas das perturbações de ansiedade estabelecem processos comuns no desenvolvimento e manutenção das diferentes manifestações da perturbação de ansiedade (Leahy, 2007). No entanto, estas conceptualizações assumem diferentes manifestações nos diagnósticos de perturbação de ansiedade social e diagnóstico de perturbação de pânico. Como hipótese justificativa dos resultados aqui apresentados colocamos a possibilidade de que estes processos comuns de desenvolvimento e manutenção dos dois diagnósticos em estudo expliquem uma experiência comum na vida diária destes indivíduos, relativamente às variáveis em estudo.

A experiência subjetiva dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade nos seus contextos da vida diária

Os resultados relativos à vida diária, em todas as três fases do *design*, revelam como os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade despendem igual quantidade de tempo quer sozinhos quer acompanhados, apresentam, mais frequentemente, pensamentos relacionados com o trabalho ou estudo, pensamentos não relacionados com o problema, pensamentos de cariz passivo e, por fim, exibem como canal experiencial mais frequente o canal de relaxamento.

Analisada a variável companhia na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, constata-se que, quer os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, quer os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, passam mais tempo sozinhos (Alden, & Taylor, 2004; Dijkman-Caes, & deVries, 1992; Lepine, & Lellouch, 1995; Norton et al., 1996).

Uma possível explicação para a divergência dos resultados, quando comparados com estudos anteriores, pode estar na análise dos valores de sintomatologia apresentados pelos indivíduos no OQ45 no início da terapia. A observação desses resultados indica que, apenas na escala do desconforto subjetivo (escala diretamente relacionada com os sintomas que os indivíduos apresentam), todos os indivíduos estão acima do valor que os categoriza como população clínica. Nas restantes duas sub-escalas (i.e. relacionamento interpessoal e funcionamento do papel social), mais associadas ao comprometimento a nível social, apenas metade dos indivíduos se encontra acima do limite clínico. Estes dados sugerem que os indivíduos acabam por estabelecer contatos com outras pessoas, apesar das dificuldades e problemas por eles sentidos. Os resultados não informam, contudo, sobre a tipologia da experiência destes indivíduos quando acompanhados, podendo estes contactos estar associados a um grande desconforto, por parte da pessoa.

Uma possível explicação para os resultados sobre os pensamentos e a experiência subjetiva de relaxamento, definida, aqui, pelo balanço entre a perceção de desafios e perceção de competências, pode estar na estratégia de coping utilizada por estes indivíduos, sinalizada na literatura como evitamento (Leahy, 2007).

A necessidade destes indivíduos ocuparem o seu pensamento com outras questões, como o trabalho, e terem pensamentos não relacionados com o problema, de forma a evitar os problemas relacionados com a área interpessoal ou pessoal podem ser sinónimos deste mesmo evitamento. Este poderia igualmente explicar o cariz maioritariamente passivo do pensamento destes indivíduos, que funciona como inibidor da passagem à ação. Estar sempre a pensar em coisas abstratas e gerais não favorece a ação, elemento central na oportunidade de expandir e desenvolver-se (Csikszentmihalyi, 1990).

Relativamente aos resultados da percepção de desafios e percepção de competências, e do consequente canal experiencial de relaxamento, o mecanismo de seleção psicológica pode ajudar na sua interpretação. A seleção psicológica deve-se à limitação dos recursos do indivíduo para absorver e processar toda a informação a que está exposto (Massimini, & Delle Fave, 2000). Desta forma, a informação é selecionada em função da qualidade da experiência subjetiva, tendendo-se a replicação daquelas experiências que produzem um estado positivo e recompensador (Csikszentmihalyi, 1988). A constante replicação destas experiências faz com que, ao longo da sua vida, os indivíduos criem um tema de vida pessoal, composto por um conjunto de interesses e objetivos que ambicionam (Csikszentmihalyi, & Beattie, 1979). De acordo com a perspetiva cognitivo-comportamental, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade vivem com uma hiperativação fisiológica que se manifesta, emocionalmente, na ansiedade, condicionadora dos seus pensamentos e conducente, a nível comportamental, a um evitamento das situações ansiogénicas (Leahy, 2007). Segundo a perspetiva construtivista, o evitamento, decorrente da estratégia de constrição que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade demonstram, tende a limitar o seu campo percetual, deixando de fora todas as experiências passíveis de invalidação e potencialmente ansiogénicas (Winter, & Metcalfe, 2005). Tendo uma ou outra perspetiva por base, o objetivo destes indivíduos parece ser o de evitar a ansiedade sentida. Uma forma de o fazer pode ser através da seleção de situações ou atividades em que haja uma percepção de desafios baixos, frente aos quais os indivíduos sentem que possuem as competências necessárias para lhes fazer face. Desta forma, no caso de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, a ansiedade sentida pode determinar o seu tema de vida pela seleção e replicação de experiências que promovam o evitamento da ansiedade.

Passando à variável afetividade, podemos observar diferenças ao longo dos momentos de avaliação da vida diária. Num primeiro momento, regista-se uma tendência da afetividade positiva estar abaixo da média e a afetividade negativa estar acima da média quando tomamos por referência a média de todo o processo terapêutico. Este é o momento em que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade se sentem menos alegres.

Estes resultados vão de encontro à literatura que indica uma associação inversa entre o diagnóstico de perturbação de ansiedade e a experiência de emoções positivas (deVries et al., 1992; Kashdan, 2002, 2004; Kashdan, & Collins, 2010; Kashdan et al., 2006; Kashdan, & Roberts, 2004; Kashdan, & Steger, 2006). Os dados apresentados neste estudo da tese confirmam igualmente a presença de afeto negativo na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, tal como ficara já registado em estudos anteriores (e.g., Brown et al., 2010).

Desta forma, por um lado, cognitivamente, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade parecem estar a fazer um esforço através do evitamento de pensamentos ansiogénicos e da seleção de atividades onde percecionam baixos desafios e para as quais sentem ter as competências necessárias, por outro lado, afetivamente, esta estratégia parece não ter ressonância. Tal permite de alguma forma compreender o facto de, no momento correspondente à fase inicial do processo terapêutico, estes indivíduos se sentirem menos satisfeitos consigo próprios. As perspetivas teóricas sobre a patologia em análise poderão ajudar a explicar esta insatisfação. De acordo com a perspetiva cognitivo-comportamental, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade exibem uma interpretação negativa do seu controlo de emoções negativas como a ansiedade (Leahy, 2007). Assim, os resultados patentes na insatisfação podem refletir esta tipologia de perceção dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade relativamente à sua dificuldade no controlo das emoções. Por outro lado, a perspetiva construtivista sugere que, embora a estratégia de constrição permita ao indivíduo com diagnóstico de perturbação de ansiedade evitar temporariamente as situações possivelmente invalidantes, estas experiências se vão acumulando, acabando por impedir a renovação do sistema de significação pessoal, criando desse modo um bloqueio no processo de reconstrução pessoal e, em última análise, aumentando o risco de ameaça ao sistema. Na perspetiva do construtivismo pessoal, esta ameaça, mais ou menos abrangente, corresponde à experiência pessoal de emoções negativas (Winter, & Metcalfe, 2005). A insatisfação consigo próprio constatada neste estudo pode, assim, refletir um acumular deste tipo de experiências.

No que concerne à vida diária, apenas a percepção de desafios apresenta mudanças significativas na vida diária destes indivíduos, no momento correspondente à fase intermédia do processo terapêutico, comparativamente ao momento correspondente à fase inicial do processo terapêutico, apesar da mudança na tendência, quer da afetividade positiva e negativa, quer da satisfação consigo próprios. Neste momento os indivíduos percecionam desafios mais elevados nas atividades da sua vida diária.

O momento correspondente à fase final do processo terapêutico, é assim, aquele que regista mudanças significativas, consolidando as tendências já evidenciadas na fase intermédia. Nesta fase final do processo terapêutico, e relativamente à sua vida diária, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentam uma afetividade positiva acima da média exibida no decurso do processo terapêutico e uma afetividade negativa abaixo da média exibida no decurso do processo terapêutico. Estes resultados corroboram dados anteriores da literatura que confirmam uma descida do humor deprimido e ansioso, no caso de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social após tratamento (Ashbaugh et al., 2007; Rosa et al., 2002; Rosser et al., 2003; Stravynski et al., 2000).

Também a satisfação consigo próprio na fase final do processo terapêutico apresenta mudanças. Neste momento, os indivíduos sentem uma satisfação consigo próprios acima da média ao longo do processo terapêutico. Uma vez mais, estes resultados são consonantes com a literatura que indica que, em ambos os diagnósticos de perturbação de ansiedade, os indivíduos relatam uma mudança na sua forma de ser ao longo do processo terapêutico. No caso dos indivíduos com perturbação de ansiedade social, esta nova forma de ser envolve uma maior aceitação de si próprios, com um consequente desenvolvimento de uma auto-imagem mais positiva (McManus et al., 2010). No caso dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico, a mudança é caracterizada por uma maior auto-compreensão e a reconquista do *self* (Hamer et al., 2009).

Ainda no momento correspondente à fase final do processo terapêutico, agora a nível da percepção de competências, são igualmente registadas mudanças. A percepção de

competências, neste momento correspondente à fase final do processo terapêutico, apresenta-se significativamente acima da média. Estes resultados parecem indicar, de alguma forma, que a seleção de atividades desafiantes na vida diária, durante a fase intermédia do processo terapêutico, pode estar associada ao aumento da percepção de competências elevadas nas atividades da vida diária, na fase final do processo terapêutico.

Assim, respondendo à primeira questão de investigação relativa à caracterização da experiência subjetiva dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade nos seus contextos da vida, podemos dizer que a nível interpessoal há uma distribuição equitativa do tempo que estes indivíduos passam sozinhos e acompanhados. O seu pensamento não é marcado por conteúdos pessoais ou interpessoais relacionados com os seus problemas, mas sim assuntos de trabalho ou estudo, não relacionados com os seus problemas e tendo um cariz passivo. O canal experiencial mais frequente destes indivíduos é o relaxamento. Todas estas características se mantêm estáveis ao longo dos diferentes momentos.

Porém, no que diz respeito à afetividade, satisfação consigo próprio, percepção de desafios e percepção de competências, todos estes componentes da experiência vão sofrendo mudanças na vida diária no decurso do processo terapêutico. A afetividade positiva sofre um incremento, registando a afetividade negativa um decréscimo ao longo dos diferentes momentos avaliados. A satisfação consigo próprio denota igualmente uma melhoria ao longo do processo. Tanto a percepção de desafios como a percepção de competências nas atividades da vida diária destes indivíduos revelam melhorias, conquanto a percepção de desafios seja aquela que evidencia melhoria em primeiro lugar.

Diferenças na vida diária a nível da experiência ótima e factores explicativos da probabilidade da sua ocorrência

Como tivemos já oportunidade de referir com anterioridade, a experiência ótima ou de *flow* é um elemento central no desenvolvimento dos indivíduos (Delle Fave et al., 2011). Neste sentido, os resultados indicam que a ocorrência de experiência ótima ou *flow* sofre um incremento na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, que estão num processo terapêutico, aquando da fase intermédia deste mesmo processo. Ou seja, é no momento em que os problemas dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade estão a ser alvo de intervenção, com vista à obtenção das mudanças desejadas, que na sua vida diária estes indivíduos percecionam desafios mais elevados nas atividades do seu dia a dia e sentem que têm as competências elevadas nessas atividades para fazer face a esses desafios.

Quando se analisavam neste estudo as mudanças na perceção de desafios e perceção de competências na vida diária ao longo dos diferentes momentos do processo terapêutico percebeu-se que a perceção de desafios nas atividades do dia a dia se situava acima da média já na fase intermédia do processo terapêutico e a perceção das competências atingia idêntico patamar na fase final do processo terapêutico. A conjugação destes resultados parece indicar que a perceção de desafios elevados nas atividades da vida diária, na fase intermédia do processo terapêutico, abre a porta para a ocorrência de experiência ótima nesta mesma fase intermédia, fazendo com que haja momentos em que o indivíduo perceciona desafios e competências elevadas na atividade que está a desenvolver. Nesta fase intermédia, contudo, a perceção de competências não sofre mudanças significativas, estas verificando-se apenas na fase final, em que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade percecionam competências acima da média. Csikszentmihalyi (1990) descreve o mecanismo que permite perceber como passamos da ansiedade gerada pela novidade de uma tarefa para a ocorrência de experiência ótima. Neste processo, a alienação inicial decorrente da novidade da tarefa dá

lugar ao envolvimento na atividade, permitindo esse envolvimento que o indivíduo sinta satisfação e não aborrecimento. No decorrer da tarefa o sentimento de desamparo, devido a uma percepção inicial de baixas competências, é substituído por um sentimento de controlo, e a energia psíquica é usada para reforçar o significado do *self*, não se perdendo ao serviço de objetivos externos (Csikszentmihalyi, 1990). Desta forma, a atividade é considerada interessante e estimulante, de tal forma que o indivíduo se sente satisfeito ao mobilizar os recursos pessoais necessários. A experiência ótima ou de *flow* tenderá a ser perçecionada, ativando o investimento do tempo e esforço uma vez que a atividade se torna congruente com a estrutura do self, tornando-se um dos objetivos centrais do indivíduo (Csikszentmihalyi, & Csikszentmihalyi, 1988). Uma atividade ou situação que apresente esta qualidade vai promover no indivíduo o desejo de a repetir, potenciando o seu desenvolvimento e complexificação, uma vez que as suas competências nessa atividade vão sendo melhoradas. Desta forma, os indivíduos ao envolverem-se na sua vida diária nas atividades para as quais perçecionam desafios elevados, estão a promover a percepção das suas competências. Este envolvimento pode conduzir à complexificação destes indivíduos pela procura de desafios cada vez mais elevados e promotores das suas competências nessas atividades (Delle Fave et al., 2011).

Nos elementos individuais e situacionais que ajudam a explicar o aumento da ocorrência da experiência ótima na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, os resultados evidenciam como a companhia, a dimensão de relação com o problema do pensamento, a satisfação consigo próprio, a percepção de desafios na atividade ou situação e a percepção de competências na atividade ou situação influenciam a ocorrência deste tipo de experiência.

Os resultados deste estudo indicam que a experiência ótima tende a ocorrer quando os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade estão acompanhados. Estes resultados vão de encontro ao sugerido na literatura de que estar acompanhado está associado à ocorrência de experiência ótima (Bassi, & DelleFave, 2004; Csikszentmihalyi, &

Hunter, 2003; Larson et al., 1986; Lewinsohn, & Graf, 1973; Lewinsohn, & Libet, 1972; Matias et al., 2011). Neste mesmo sentido a literatura tem vindo a mostrar a melhoria no relacionamento interpessoal dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade após o processo terapêutico (Mavissakalian et al, 1998; McManus et al., 2010; Michelson et al, 1998; Stravynski et al., 2000).

Os resultados revelam ainda, que a probabilidade de ocorrer experiência ótima ou *flow* é maior se os pensamentos dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade não estiverem relacionados com os problemas da vida diária que os conduzem à terapia. Estes resultados indicam que pensar noutras coisas facilita uma perceção de equilíbrio entre desafios e competências elevadas. A literatura sobre a experiência ótima ou *flow* sugere que neste tipo de experiência os indivíduos investem a sua concentração na atividade, perdendo a auto-consciência reflexiva e a noção do tempo (Csikszentmihalyi, 1988, 1990). Pensar em coisas não relacionadas com os problemas sentidos pode fazer com que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, diminuam a ruminação cognitiva e consigam concentrar a sua atenção na atividade ou tarefa em mãos e consigam ter a disponibilidade mental para mais facilmente perderem a consciência de si próprios e a noção do tempo.

Os resultados que relacionam a satisfação consigo próprio com a probabilidade de ocorrência de experiência ótima ou *flow*, indicam que a probabilidade de ocorrer experiência ótima ou *flow* é maior quando o cliente está menos satisfeito consigo próprio. Este resultado não encontra eco na literatura, desta forma, parece ser um dado relevante a explorar e aprofundar no futuro.

Neste estudo não foi encontrada qualquer associação entre a afetividade e a probabilidade de ocorrência de experiência ótima ou *flow*.

Dando resposta à segunda questão de investigação, salientamos que os fatores que explicam a ocorrência de experiência ótima nos indivíduos com diagnóstico de

perturbação de ansiedade são a companhia, a relação do pensamento com os problemas dos indivíduos e a satisfação consigo próprio. Estar acompanhado, ter pensamentos não relacionados com os problemas e apresentar uma menor satisfação consigo próprio são elementos que favorecem a ocorrência de experiência ótima. Relativamente às diferenças na ocorrência deste tipo de experiência, é num momento correspondente à fase intermédia do processo terapêutico que há uma maior probabilidade de ocorrência de experiência ótima.

CONCLUSÃO

DO PROCESSO TERAPÊUTICO À VIDA DIÁRIA

CONCLUSÃO

A presente tese tinha por principal intuito aprofundar o conhecimento a nível da experiência interpessoal dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade no contexto terapêutico e no contexto da sua vida diária. Os resultados encontrados permitem compreender as mudanças na experiência interpessoal nos dois contextos analisados como forma de antever a relação dos elementos destes contextos na contribuição para a mudança destes indivíduos em terapia. Pretendeu-se, desta forma, dar resposta aos desafios colocados para a investigação no âmbito destas questões.

Impõem-se nesta fase do trabalho articular os principais resultados dos dois estudos empíricos realizados e refletir sobre as suas implicações para a prática clínica e investigação futuras. Entende-se, assim, proceder-se a uma discussão integrada dos dois estudos realizados e anteriormente apresentados. Estes, tendo por base os mesmos indivíduos em processo terapêutico, desenvolveram-se, contudo, em dois contextos distintos: o contexto terapêutico e o contexto da vida diária. Apesar desta separação, sabe-se que estes contextos estão necessariamente interligados na vida destes indivíduos, pelo que é na análise desta interligação, que esta parte final do trabalho agora se irá deter.

Com o objetivo de compreender a experiência relacional no contexto terapêutico procedeu-se à análise do desenvolvimento da aliança terapêutica. Desta análise conclui-se que os indivíduos com um diagnóstico de perturbação de ansiedade social entram no processo terapêutico com níveis de sintomatologia mais elevados, uma perceção de uma aliança terapêutica de menor qualidade e um equilíbrio entre a perceção de desafios elevados e a perceção de competências elevadas menos frequente, quando comparados

com os indivíduos com diagnóstico de perturbação de pânico. A perspectiva de Bordin (1979; 1994) acerca da aliança terapêutica, que norteou o trabalho, enfatiza a colaboração e consenso entre terapeuta e cliente face a um trabalho conjunto que engloba um acordo entre terapeuta e cliente em relação aos objetivos e tarefas do processo terapêutico, num vínculo entre esta díade. Desta forma, a diferença encontrada entre o grupo de diagnóstico de perturbação de ansiedade social e o grupo de diagnóstico de perturbação de pânico, a nível dos valores de aliança, significa que os primeiros percebem dificuldades na negociação dos objetivos e tarefas do processo terapêutico e poderão ter problemas em confiar e sentir-se compreendidos pelo terapeuta, na fase inicial do processo terapêutico. A passividade e falta de iniciativa, uma comunicação ou expressão emocional restritas, uma menor confiança, uma menor competência social e uma falta de confiança relativamente à disponibilidade dos outros em momentos de sofrimento ou dificuldades são características que na literatura se encontram associadas aos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social (Brumariu, & Kerns, 2010; Davila, & Beck, 2002; Erozkan, 2009; Fogler et al., 2007; Kashdan et al., 2008; Starr, & Davila, 2008). O nosso estudo corrobora de certa forma a descoberta de outros estudos que encontraram também a influência dos problemas interpessoais dos indivíduos com esta problemática no desenvolvimento da relação terapêutica (Beretta et al., 2005; Pavio, & Bahr, 1998; Saunders, 2001).

Se por um lado há nestes indivíduos uma dificuldade na expressão dos sentimentos no contexto da própria relação terapêutica, por outro lado a dificuldade na negociação dos objetivos e tarefas terapêuticas torna-se um bloqueio à definição do processo de mudança. No entanto, a atenção dos terapeutas à aliança terapêutica nesta fase inicial do processo terapêutico parece facilitar o desenvolvimento de uma aliança de qualidade. O cliente sente que o terapeuta o ouve, o compreende e valida e, além disso, na negociação do processo terapêutico está patente uma partilha em relação aos objetivos e tarefas do processo, onde o cliente sente que tem um papel ativo. Isto é importante para ambos os diagnósticos de perturbação de ansiedade, uma vez que, por parte dos clientes, há em ambos os diagnósticos uma percepção de melhoria na qualidade da aliança terapêutica nas

primeiras sessões de terapia. Esta tese contribui para o reforço da importância da atenção à dimensão da aliança terapêutica (Dietzel, & Abeles, 1975; Kiesler, 1983; Tracey, 1993).

Com o primeiro estudo conclui-se igualmente sobre a importância da fase inicial do processo terapêutico na negociação do trabalho colaborativo e intencional que promove a ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico. É nesta fase que uma aliança terapêutica de crescente qualidade contribui para a vivência de experiência ótima no contexto terapêutico, elemento importante na complexificação dos indivíduos. Ou seja, o indivíduo ao perceber um papel ativo na definição do processo terapêutico, numa relação em que o terapeuta demonstra uma atitude de aceitação, validação e suporte pode permitir, por parte destes indivíduos, a percepção de competências elevadas. Por outro lado, esta relação pode ser desafiante na medida em que são as atividades interpessoais que são difíceis para os clientes com diagnóstico de perturbação de ansiedade. Desta forma, o contexto terapêutico surge como um contexto seguro onde a componente relacional, manifestada na aliança terapêutica, parece desconstruir a expectativa de indisponibilidade por parte dos outros e a crença de que não têm competências para fazer face aos desafios característicos dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, nomeadamente em termos relacionais. A verificação desta associação neste trabalho traduz-se como algo de inovador no âmbito da investigação da aliança terapêutica. Se um dos desafios colocados aos investigadores é o de compreender o papel e função da aliança terapêutica (Horvath, 2006), esta tese inova no que respeita ao entendimento da aliança terapêutica como elemento facilitador da percepção das atividades terapêuticas como estando associadas a desafios e competências elevadas nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Com o objetivo de compreender as mudanças na vida diária de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, enquanto sujeitos a um processo terapêutico, procedeu-se à análise da qualidade da sua experiência subjetiva no decurso da sua vida diária e em repetidos momentos, correspondentes às diferentes fases do processo terapêutico.

Percebemos que houve mudanças na afetividade, na satisfação consigo próprio, na percepção de competências, na percepção de desafios e no canal de experiência ótima ou *flow*. Os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, em processo terapêutico, relatam mudanças na qualidade da afetividade, que se torna, assim, mais positiva. Já outros estudos patentes na literatura sublinham a melhoria do humor dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade quando num processo terapêutico (Ashbaugh et al., 2007; Rosa et al., 2002; Rosser et al., 2003; Rufer et al., 2010; Stravynski et al., 2000). No mesmo sentido, a satisfação destes indivíduos consigo próprios vai melhorando na vida diária enquanto estão integrados no processo terapêutico. A percepção de competências e a percepção de desafios vai aumentando igualmente. Depreende-se, daqui, uma mudança positiva dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade na sua vida diária, quando estão num processo terapêutico.

Salienta-se ainda a metodologia utilizada para o estudo das mudanças na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade como resposta ao repto deixado pela investigação com uso das metodologias ecológicas como forma mais sensível e rigorosa de avaliar os resultados da terapia (Palmier-Claus et al., 2011). Neste estudo o uso de medidas ecológicas vem confirmar as descobertas de medidas retrospectivas presentes na literatura onde os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade identificam uma nova forma de ser marcada por uma auto-percepção e auto-avaliação mais positiva de si próprio, após intervenção (Hamer et al., 2009; McManus et al., 2010). A consonância nesta descoberta através de diferentes metodologias salienta a relevância do processo terapêutico enquanto promotor de mudança pessoal nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Quando se focalizou a atenção na presença de experiência ótima na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, tipo de experiência que a literatura tem associado ao desenvolvimento dos indivíduos e à sua saúde mental (Delle

Fave, & Massimini, 2005; Massimini et al., 1987), verificou-se que, nestes indivíduos, estar acompanhado se revelou como elemento que contribui para o aumento da probabilidade de ocorrência deste tipo de experiência. Estes dados vão de encontro à literatura que salienta a importância dos outros para o bem-estar dos indivíduos (Regambal, & Alden, 2010; Csikszentmihalyi, 1990; Reis et al., 2000). Este estudo ilustrou que o momento em que é mais provável ocorrer a experiência ótima na vida diária corresponde à fase de intervenção do processo terapêutico.

A mudança que ocorre na vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade parece estar relacionada com os componentes emocionais e cognitivos da experiência subjetiva destes mesmos indivíduos.

Esta mudança parece ocorrer a um nível pessoal mas também relacional.

A nível pessoal faz sentido pensar que os elementos emocionais e cognitivos da experiência se associam e interagem na explicação desta mudança positiva. De alguma forma, parece que a insatisfação em relação a si próprio que estes indivíduos experienciam numa primeira fase do processo terapêutico os impulsiona a enfrentarem os seus problemas e sentirem necessidade de uma mudança na sua vida. Apesar de percecionarem desafios elevados, na sua vida diária durante a fase de intervenção do processo terapêutico, começa a desenhar-se uma mudança na afetividade e satisfação consigo próprio nesta mesma fase. Poderá depreender-se que, ao lidarem com estes desafios, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade se vão sentindo cada vez mais alegres, felizes e relaxados e, conseqüentemente, menos tristes e zangados. Neste mesmo sentido ao lidarem com os seus problemas e ao enfrentarem os seus desafios também se vão sentindo mais satisfeitos consigo próprios. Se, por um lado, o registo de uma afetividade mais positiva pode aumentar a satisfação consigo próprio, também a maior satisfação consigo próprio pode estar a ajudar na melhoria da afetividade. De qualquer modo, a continuidade do trabalho sobre estes problemas no decurso do processo terapêutico faz com que estas mudanças na vida diária se consolidem na fase final deste mesmo processo terapêutico, onde as mudanças na

afetividade e satisfação são significativas e se regista também uma melhoria na percepção de competências. Em resumo, ao enfrentarem os desafios elevados e ao começarem a sentir uma afetividade cada vez mais positiva e uma satisfação consigo próprios cada vez maior, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, registam de igual modo uma melhoria na sua percepção de competências.

Podemos então concluir que, a nível pessoal, a mudança nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade conduz em termos cognitivos a uma reformulação da percepção de desafios e da percepção de competências nas atividades do seu dia a dia, evidenciada a nível emocional numa auto-estima mais elevada.

No que concerne ao relacionamento interpessoal, os dados recolhidos nesta tese no referente à experiência ótima demonstram a importância deste componente contextual para o desenvolvimento dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. O facto de aumentar a probabilidade de ocorrência de experiência ótima se os indivíduos estão acompanhados salienta a importância dos outros, não só para a percepção dos desafios que a interação com outras pessoas coloca aos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade, como também para a avaliação de que a interação com eles permite a percepção de competências elevadas. Todas estas mudanças ocorrem na vida diária num momento em que estão a ser trabalhados em contexto terapêutico os problemas dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Sabendo que o contexto terapêutico e o contexto da vida diária dos indivíduos que recorrem a terapia estão necessariamente interligados, estes dois estudos assumem-se como complementares. Do ponto de vista relacional, a aliança terapêutica de qualidade desenvolvida entre terapeuta e cliente significa que o cliente percebe no contexto terapêutico uma relação em que sente que os outros o ouvem, compreendem, validam e apoiam. A aliança terapêutica parece contribuir para a modificação de crenças ou expectativas pessoais dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade de que os outros não estão disponíveis e de que eles próprios não são capazes de se fazer

compreender. Desta forma se entende que esta relação terapêutica contribua para uma visão dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade de competências relacionais elevadas que lhes permitem fazer face a desafios interpessoais elevados.

O contexto terapêutico é um contexto seguro em que os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade parecem desconstruir a expectativa de não poderem confiar nas pessoas. A modificação desta expectativa pode levar a antecipar que, também na sua vida diária, se poderão cruzar com outras pessoas que os ouvem e validam. A ocorrência de experiência ótima no contexto terapêutico pode, assim, fazer com que na sua vida diária os indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade queiram repetir esta experiência interpessoal positiva, na procura da repetição do sentimento de competência e desfrute de prazer que lhe estão associados. A literatura sobre experiência ótima indica que os indivíduos procuram repetir uma experiência ótima ou de *flow* devido ao envolvimento, sentimento de felicidade, auto-estima, auto-competência, e força que sentem quando vivenciam este tipo de experiência, tal ocorrendo quer através da aprendizagem de novas competências, quer pela procura de atividades mais desafiantes (Moneta, & Csikszentmihalyi, 1996). Não se pode esquecer também que a fase de intervenção é pautada por tarefas que se estendem ao contexto da vida diária dos indivíduos. De alguma forma, as tarefas prescritas pelo terapeuta têm como objetivo orientar o indivíduo para encarar os desafios associados ao seu problema e promover o desenvolvimento das suas competências. Esta é a forma como a terapia se pode constituir como um recurso que promove o funcionamento ótimo, na condução do comportamento para oportunidades de ação mais construtivas (Delle Fave et al., 2011; Nakamura, 2011). O trabalho terapêutico inicial a nível da aliança terapêutica, ao favorecer a experiência ótima no contexto terapêutico, parece contribuir paralelamente para o desejo de repetição deste tipo de experiência no dia a dia, impulsionando o desenvolvimento dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade no sentido das mudanças desejadas, do enriquecimento da experiência interpessoal com os outros que os rodeiam, tornando-a, assim, mais positiva.

Estudos futuros deveriam analisar esta ligação, tentando compreender a relação entre a aliança terapêutica, as tarefas terapêuticas e as mudanças identificadas a nível da vida diária dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade. O uso de estudos longitudinais e estudos de caso poderiam enriquecer o conhecimento nesta área e aprofundar a compreensão da experiência relacional dos indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade quando integrados num processo terapêutico. De salientar também, que apesar da análise deste estudo ter seguido a direção da mudança no sentido do efeito do processo terapêutico na vida diária destes indivíduos, estudos futuros poderiam analisar, no sentido inverso, o possível impacto de acontecimentos da vida diária no processo terapêutico.

Faz sentido apontar aqui algumas limitações merecedoras de atenção já que poderão ser acauteladas em estudos futuros. Os resultados presentes nesta tese podem apenas generalizar-se à população em estudo e com as intervenções terapêuticas utilizadas. Seria interessante em estudos posteriores perceber se este fenómeno é transversal a outras perturbações e a intervenções com diferentes orientações terapêuticas. Apenas desta forma a investigação poderá informar a intervenção promovendo a sua eficácia.

No âmbito dos estudos futuros, ao longo dos estudos realizados nesta tese foi sendo apontada a importância da dimensão relacional, contudo esta baseou-se apenas na perspectiva de um único participante, o cliente. A contribuição da perspectiva do terapeuta, para uma melhor compreensão desta experiência relacional, fica em aberto para estudos futuros.

Como toda a investigação também esta começou com um conjunto de questões e terminou com algumas respostas e novas questões. O seu fim constitui, tão só, um novo começo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Alden, L. E. & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical psychology review*, 24(7), 857-882.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação (5ª Edição). Braga: Psiquilíbrios
- American Psychiatric Association, (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington: Autor.
- An, J. S., & Cooney, T. M. (2006). Psychological well-being in mid to late life: The role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan. *International journal of behavioral development*, 30(5), 410-421.
- Andrews, J. D. W. (1990). Interpersonal self-confirmation and challenge in psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 27(4), 485-504.
- Andrews, J. D. W. (1991). Integrative psychotherapy of depression – a self-confirmation approach. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 28(2), 232-250.
- Antona, C. J., & Garcia-Lopez, J. (2008). Effects of exposure and cognitive restructuring in social phobia. *Revista latinoamericana de psicologia*, 40(2), 281-292.
- Antony, D., Roth, M. M., & Swinson, R. P. (1998). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 39(2), 129-138.
- Asakawa, K. (2010). Flow experience, culture, and well-being: How do autotelic Japanese college students feel, behave, and think in their daily lives? *Journal of Happiness Studies*, 11(2), 205-223.

Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E. & Swinson, R. P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and anxiety*, 24(3), 169-177.

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. (3ª ed) Madrid: Espasa-Calpe.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Reviews in Psychology*, 52, 1-26.

Baños, R. M., Quero, S., & Botella, C. (2008). Detection and distraction effects for threatening information in social phobia and change after treatment. *Depression and anxiety*, 25(1), 55-63.

Bassi, M., & Delle Fave, A. (2004). Adolescence and the changing context of optimal experience in time: Italy 1986–2000. *Journal of Happiness Studies*, 5, 155–179.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

Baumeister, R. F., & Tice, D. M. (1990). Anxiety and social exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 165-195.

Bech, P., & Angst, J. (1996). Quality of life in anxiety and social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3), 97-100.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Bedics, J. D., Henry, W. P., & Atkins, D. C. (2005). The therapeutic process as a predictor of change in patients' significant other relationships during the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42, 279-284.

- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, R. F., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 47-54.
- Beretta, V., de Roten, Y., Drapeau, M., Plancherel, A. C., & Despland, J. N. (2005). Patient coordination and early alliance building. *Swiss Archives of Neurology & Psychiatry*, 155, 273-280.
- Bernier, A., & Dozier M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 39(1), 32-43.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 796–805.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research therapeutic working alliance: New Directions. In A. O. Horvath and L. S. Greenberg (Eds.). *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (13-37). New York: Wiley.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Volume 1: Attachment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Volume. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Volume. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brown, L. H., Barrantes-Vidal, N., & Kwapi, T. R. (2010). Paranoia, schizotypy, and social anxiety: factor structure and experience in daily life. *Schizophrenia Research*, 117(2-3), 419.

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 663-674.

Cacciopo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., Kowalewski, R. B., Paulsen, A., Hobson, J. A., Hugdahl, K., Spiegel, D., Berntson, G. G. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35(2-3), 143-154.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 43, 271-279.

Chen, C. Y., & Hong, R. Y. (2010). Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 49(1), 49-53.

Chipuer, H. M. (2001). Dyadic attachments and community connectedness: Links with youths' loneliness experiences. *Journal of Community Psychology*, 29(4), 429-446.

Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.

Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (69-93). New York: Guilford Press.

Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety* (405-430). Chichester, United Kingdom: Wiley.

Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1244-1250.

Cohen, J. (1960). Coeficiente de A do acordo para escalas nominais. *Medida educacional e psicológica*, 20, 37-46.

Coles, M. E., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). The role of memory perspective in social phobia: Immediate and delayed memories for role-played situations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 415-425.

Constantino, M. J., & Smith-Hansen, L. (2008). Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research*, 18, 683-698.

Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W., & Karpinski, D. C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 33, 479-491.

Craske, M.G., & Barlow, D.H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (1-47) New York: Guilford Press.

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 43(3), 280-285

Csikszentmihalyi, M. (1988). The flow experience and its significance for human psychology. In M. Csikszentmihalyi & I. Csikszentmihalyi (Eds.). *Optimal Experience: Psychological studies of flow in consciousness* (15-35). Cambridge: Cambridge University Press.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial.

Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolution of the self: a psychology for the third millennium*. New York: HarperCollins Publishers.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: the psychology engagement with everyday life*. New York: Basic Books.

Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow: the classic work on how to achieve happiness*. New York: Random House.

Csikszentmihalyi, M., & Beattie, O. (1979). Life Themes: a theoretical and empirical exploration of their origins and effects. *Journal of Humanistic Psychology*, 9(1), 45-63.

Csikszentmihalyi, M., & Figurski, T. J. (1982). Self-awareness and aversive experience in everyday life. *Journal of personality*, 50(1), 15 -28.

Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: the uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 185-199.

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1984). *Being adolescent: Conflit and growth in the teenage years*. New York: Basic Books.

Csikszentmihalyi, M., & Massimini, F. (1985). On the psychological selection of bio-cultural information. *New Ideas in Psychology*, 3, 115-138.

Csikszentmihalyi, M., Abuhamdeh, S., & Nakamura, J. (2005). Flow. Elliot, Andrew J e Dweck, Carol S (Eds), *Handbook of competence and motivation*. (598-608). New York: Guilford Publications.

Csikszentmihalyi, M., Rathunde, K. & Whalen, S. (1993). *Talented teenagers*. Cambridge: University Press.

Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709–718.

Davila, J., & Beck, J. G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 33, 427-446.

Delle Fave, A., & Bassi, M. (2000). The quality of experience in adolescents' daily lives: developmental perspectives. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126(3), 347-367.

Delle Fave, A., & Massimini, F. (1988). Modernization and the changing contexts of flow in work and leisure. In M. Csikszentmihalyi, & I. Csikszentmihalyi (Eds.). *Optimal experience. Psychological studies of flow in consciousness* (193-213). New York: Cambridge University Press.

Delle Fave, A., & Massimini, F. (1992). The experience sampling method and the measurement of clinical change: A case of anxiety syndrome. M. deVries (Ed.). *The experience of psychopathology: Investigating mental disorders in their natural settings* (280-289). Cambridge: Cambridge University Press.

Delle Fave, A., & Massimini, F. (2003). Optimal experience in work and leisure among teachers and physicians: individual and bio-cultural implications. *Leisure Studies*, 22, 323-324.

Delle Fave, A., & Massimini, F. (2005). The investigation of Optimal Experience and Apathy. *European Psychologist*, 10(4), 264-274.

Delle Fave, A., (2004). Editorial : Positive Psychology and the pursuit of complexity. *Ricerche di Psicologia, Special Issue on Positive Psychology*, 27, 7-12.

Delle Fave, A., Bassi, M., & Massimini, F. (2002). Quality of experience and daily social context of Italian adolescents. In A. L. Comunian & M. Gershengfeld (Eds.). *It's all about relationships* (159-172). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Delle Fave, A., Massimini, F., & Bassi, M. (2011). Psychological selection and optimal experience across cultures. *Social empowerment through personal growth*. London: Springer.

Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (1999). The fundamentals of mental health and mental illness. Mental Health: A report of the surgeon general. US Public Health Service.

deVries M. W. (1992). *The experience of psychopathology: Investigating mental disorders in their natural settings*. New York: Cambridge University Press.

deVries, M. W., Dijkman-Caes, C., Delespaul, P. (1992). The sampling of experience: A method of measuring the co-occurrence of anxiety and depression in daily life. In J. D. Maser, C. R. Cloninger (Eds.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (707–726). Washington, DC: American Psychiatric Press.

DiBartolo, P. M., Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (1995). Psychosocial approaches to panic disorder and agoraphobia: Assessment and treatment issues for the primary care physician. *Mind/Body Medicine*, 1, 133-143.

Dietzel, C. S., & Abeles, N. (1975). Client-Therapist complementarity and therapeutic outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 22(4), 264-272.

Diggle, P. J., Heagerty, P., Liang, K. Y., & Zeger, S. L. (2002). *Longitudinal data analysis* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Dijkman-Caes, C. I. M., & deVries, M. W. (1992). The social ecology of anxiety: Theoretical and quantitative perspectives. In M. deVries (Ed.) *The experience of psychopathology: Investigating mental disorders in their natural settings* (129-140). Cambridge: Cambridge University Press.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.

Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Franklin, J. (2003). Postevent rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 603-617.

Eng, W., Coles, M. C., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2001). Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 13, 192-193.

Erozkan, A. (2009). An investigation of rejection sensitivity levels of university students with respect to their attachment styles, gender, and parenting styles in a sample of Turkish students. *Social Behavior and Personality*, 37, 1-14.

- Fava, G. A. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 2-13.
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 185-190.
- Fava, L., & Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*, 29, 623-637.
- Fehm, L., & Margraf, J. (2002). Thought suppression: Specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 57–66.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
- Fehm, L., Schneider, G., & Hoyer, J. (2007). Is post-event processing specific for social anxiety? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 11–22.
- Fernandes, E., Coutinho, J. , Mourão, J. & Mesquita, R. (2009). Termination of Psychotherapy as an opportunity for client's growth. In T. Freire, (Ed.), *Understanding Positive Life. Research and Practice on Positive Psychology*. (355-372). Lisboa. Climepsi Editores.
- Fitzpatrick, M., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research*, 16, 486-498.

Fogler, J. M., Tompson, M. C., Steketee, G., & Hofmann, S. G. (2007). Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behaviour Research Therapy*, 45(2), 235-49.

Freire, T. (2006). Experiências ótimas e lazer: sobre a qualidade da vida diária dos adolescentes: implicações para um desenvolvimento positivo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 223-242.

Freire, T. (2011). From Flow to Optimal Experience: (Re)searching the quality of subjective experience throughout daily life. In I. Brdar (Ed.), *The human pursuit of well-being: a cultural approach* (pp. 55-64). New York: Springer.

Freire, T., Fonte, C., & Lima, I. (2007a). As experiências ótimas na vida diária de adolescentes: implicações para um desenvolvimento positivo. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol .XI (2), 223-242.

Freire, T., Fonte, C., & Lima, I. (2007b). Quality of experience in social relations and interactions in daily life of Portuguese adolescents: with whom they feel better?. Poster presented at International Attachment Conference , Braga, Portugal.

Gaggioli, A., Bassi, M., & Delle Fave, A. (2003). Quality of experience in virtual environments. In Riva, G., Davide, F., & Ijsselstein, W. A. (Eds.) *Being There: Concepts, effects and measurement of user presence in synthetic environments* (121-135) Amsterdam, The Netherlands: IOS Press.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.

Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric clinics of North America*, 24(4), 723-751.

Glinski, K., & Page, A. C. (2010). Modifiability of neuroticism, extraversion and agreeableness by group cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Change*, 27(1), 42-52.

- Golden, B. R., & Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(6), 476-481.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C., & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427-435.
- Hambrick, J., Turk, C., Heimberg, R., Schneier, F., & Leibowitz, M. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18(1), 46-50.
- Hamer, H. P., McCallin, A. M., & Garret, N. (2009). Searching for self: the layers and labels of panic disorder: a New Zealand study. *Nursing and health sciences*, 11(1), 51-57.
- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Barkham, M. (1998). When and why does cognitive-behavioural treatment appear more effective than psychodynamic-interpersonal treatment? Discussion of the findings from the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Mental Health*, 7, 179-190.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 43, 292-299.
- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session by session in the treatment of social anxiety disorder: The Social Anxiety Session Change Index. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 203-211.
- Heinrich, L., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Heldt, E., Blaya, C., Kipper, L., Salum, G., & Manfro, G. G. (2008). Cognitive Behavioral Group Therapy Techniques in Panic Disorder Patients with residual symptoms: 2-year follow-up. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 28, 10-15.

Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: theory, research and practice* (51-84). New York: Wiley.

Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(2), 172-180.

Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggley, D. L., Sherry, S. B., Flett, G. L. (2008). The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71, 93-122.

Hicks, T. V., Leitenberg, H., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S.W. (2005). Physical, mental, and social catastrophic cognitions as prognostic factors in cognitive-behavioral and pharmacological treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 506-14.

Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461–468. (2005)

Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. M., Moscovitch, D. M., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 687-697.

Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., & Henderson, L. (2006). How Interpersonal Motives Clarify the Meaning of Interpersonal Behavior: A Revised Circumplex Model. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 67-86.

Horvath, A. O. (1995). *The therapeutic relationship: from transference to alliance*. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1(1), 7-17.

Horvath, A. O. (2001a). Therapeutic alliance: Theory, concepts, and training. *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176.

- Horvath, A. O. (2001b). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 38(4), 365-372.
- Horvath, A. O. (2001c). The therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy*, 43(3), 258-263.
- Horvath, A. O., & Marx, R. W. (1991). The development and decay of the Working Alliance during time-limited counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 24, 240-259.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckier, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and the anxiety disorders: An observational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Hurlburt, R. T., & Heavey, C. L. (2002). Interobserver reliability of Descriptive Experience Sampling. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 135-142.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294-305.
- Jackson, S. A., & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kashdan, T. B. (2002). Social anxiety dimensions, neuroticism, and the contours of positive psychological functioning. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 789-810.

Kashdan, T. B. (2004). The neglected relationship between social interaction anxiety and hedonic deficits: Differentiation from depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 719-730.

Kashdan, T. B., & Collins, R. L. (2010). Social anxiety and the experience of positive emotions and anger in everyday life: An ecological momentary assessment approach. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 259-272.

Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2004). Social anxiety's impact on affect, curiosity, and social self-efficacy during a high self-focus social threat situation. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 119-141.

Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 284-301.

Kashdan, T. B., & Steger, M. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience sampling assessment of positive emotions and events, and emotion suppression. *Psychological Science*, 17, 120-128.

Kashdan, T. B., Elhai, J. D., & Breen, W. E. (2008). Social anxiety and disinhibition: An analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 925-939.

Kashdan, T. B., Julian, T., Merritt, K., & Uswatte, G. (2006). Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: Relations to well-being and character strengths. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 561-583.

Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., Schneier, F. R., Stein, M. B., Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1999-2007.

Kelly, G. A. (1955) The psychology of personal constructs. Volumes 1 e 2. New York: Norton.

Kelly, G. A. (2003). Is treatment a good idea? In Fransella F. (Ed.) *International handbook of personal construct psychology* (233-236). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.

Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.

Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183-194.

Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). An analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology* 42, 338-349.

Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of Working Alliance Development: A Typology of Working Alliance Ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 362-371.

Klee, M. R., Abeles, N., & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy*, 27, 166–174.

Kleiner, L., & Marshall, W. L. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of anxiety disorders*, 1, 313-323

Knox, S., Everson, E., Adrians, N., Hess, S. A., Hill, C. E., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154-167.

La Greca, A. M., & Harrison, H. W. (2005). Adolescent peer relations, friendships and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 49-61.

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 38(4), 357-361.

Larson, R., Mannell, R., & Zuzanek, J. (1986). The daily well being of older adults with family and friends. *Psychology and Aging*, 1(2), 117-126.

Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral practice*, 14(1), 36-45.

Leary, M. R. (1990). Responses to social exclusion – social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of social and clinical psychology*, 9(2), 221-229.

Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaider, T., Dyke, M. V., Turk, C. L., Kraus, C., & Fresco, D. M. (2009). Efficacy of a manualized and workbook-driven individual treatment for social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 40(4), 414-24.

Lepine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(14), 4-8.

Lepine, J. P., & Lellouch, J. (1995). Classification and epidemiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 24, 290-296.

Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261–268.

Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291–295.

Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). Examining the relation between the

therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41(2), 172-186.

Lipsitz, J. D., & Schneier, F. R. (2000). Social phobia epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, 18, 23-32.

Littauer, H., Sexton, H., & Wynn, R. (2005). Qualities clients wish for in their therapists. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 28-31.

Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: John Wiley & Sons.

Maddux, J. E., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In Linley, P. A., & Joseph, S. (Eds.) *Positive psychology in practice* (320-334). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159-168.

Marshall, E. C., Zvolensky, M. J., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N. B., & Bernstein, A. (2008). Panic attacks and physical health problems in a representative sample: singular and interactive associations with psychological problems, and interpersonal and physical disability. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 78-87

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-50.

Massimini, F., & Delle Fave, A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, 55, 24-33.

Massimini, F., Csikszentmihalyi, M., & Carli, M. (1987). The monitoring of optimal experience: A tool for psychiatric rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(9), 545-549.

Matias, G. P., Nicolson, N. A., & Freire, T. (2011). Solitude and cortisol: Associations with state and trait affect in daily life. *Biological Psychology*, 86(3), 314-319.

Mavissakalian, M. R., Perel, J. M., Talbott-Green, M., & Sloan, C. (1998). Gauging the effectiveness of extended imipramine treatment for panic disorder with agoraphobia. *Biological Psychiatry*, 43(11), 848-854.

McEvoy, P. M., Mahoney, A., Perini, S. J., & Kingsep, P. (2009). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 617-623.

McManus, F., Clark, D., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S., & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal Anxiety Disorders*, 23, 496-503.

McManus, F., Peerbhoy, D., Larkin, M., Clark, D. M. (2010). Learning to change a way of being: An interpretative phenomenological perspective on cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 581-589.

Mendlowicz, M. V., & Stein, M. D. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.

Michelson, D., Lydiard, B., Pollack, M. H., Tamura, R. N., Hoog, S. L., Tepner, R., Demitrack, M. A., & Tollefson, G. D. (1998). Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: Evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. *American Journal of Psychiatry*, 155(11), 1570-1577.

Mills, R. S. L., & Rubin, K. H. (1998). Are behavioral and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social withdrawal? *Canadian Journal of Behavioral Science*, 30, 132-136.

Moneta, G. B. (2001). The flow experience across cultures. *Journal of Happiness Studies*, 5, 115-121.

Moneta, G. B., & Csikszentmihalyi, M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 64, 275-310.

Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 638-662.

Mortl, K., & von Wietersheim, J. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research*, 18(3), 281-293

Moscovitch, D. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., Rocca, L., & Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 107-113.

Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 185-190.

Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.

Nakamura, J. (2011). Contexts of positive adult development. In Donaldson, S. I., Csikszentmihalyi, M., & Nakamura, J. (Eds.). *Applied Positive Psychology: Improving Everyday Life, Health, Schools, Work, and Society* (185-201). New York: Routledge.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of Flow. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow theory and research. In Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (Eds.) *Handbook of Positive Psychology* (195-206). New York: Oxford University Press.

Newman, M. G., & Stiles, W. B. (2006). Therapeutic factors in treating anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 649-659.

Noller, P. (2005). Sibling relationships in adolescence: Learning and growing together. *Personal Relationships, 12*(1), 1-22.

Norton, G. R., McLeod, L., Guertin, J., Hewitt, P. L., Walker, J. R., & Stein, M. B. (1996). Panic disorder or social phobia: Which is worse? *Behavioral Research Therapy, 34*, 273-276.

Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 45*, 214-226.

Norton, P. J., Klenck, S. C., & Barrera, T. L. (2010). Sudden changes during cognitive behavioral group therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 887-892.

Orford, J. (1986) The rules of interpersonal complementarity: does hostility beget hostility and dominance submission. *Psychological Review, 93*(3), 365-377.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In Lambert, M. (Eds.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., 307-389). New York: Wiley.

Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology, 35*(6), 347-354.

Paivio, S. C., & Bahr, L. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 392-407.

Palmier-Claus, J. E., Myin-Germeys, I., Barkus, E., Bentley, L., Udachina, A., Delespaul, P. A., Lewis, S. W., & Dunn, G. (2011). Experience sampling research in individuals with mental illness: reflections and guidance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 12-20.

Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M. & Kordy, H. (2005). The Relationship between Interpersonal Problems and the Helping Alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 415-429.

Rachman, S., Gruter-Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611–617.

Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1181-1191.

Rapee, R. M., Litwin, E. M., & Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, 147(5), 640-644.

Regambal, M. J., & Alden, L. E. (2010). Pathways to intrusive memories in a trauma analogue paradigm: a structural equation model. *Depression and anxiety*, 26(2), 155-166.

Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.

Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Portugal. Psiquilibrios Edições.

Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J., & Inglés, C. J. (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(121), 749-777.

- Rosser, S., Issakidis, C., & Peters, L. (2003). Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 27(2), 143-151.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). Transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 937-957.
- Rufer, M., Albrecht, R., Schmidt, O., Zaum, J., Schnyder, U., Hand, I., & Mueller-Pfeiffer, C. (2010). Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *European Psychiatry*, 25(1), 8-14.
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2008). New psychotherapeutic technique for preventing relapse: Well-being therapy (WBT). *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 98-99.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30-44.
- Sadler, P., Ethier, N., Gunn, G., Duong, D., & Woody, E. (2009). Are we on the same wavelength? Complementarity as shared cyclical patterns within an interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 1005-1020.
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188-195.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (5-6), 453-458.
- Salvio, M. A., Beutler, L. E., Wood, J. M., & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31-36.

Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling: data collection and analysis techniques in mixed-methods studies. *Research in Nursing & Health, 23*, 246-255.

Sauer, E. M., Anderson, M. Z., Gormley, B, Richmond, C. J., & Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to treatment with therapists-in-training. *Psychotherapy Research, 20*(6), 702-711.

Saunders, S.M. (2001) Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology, 57*(12), 1339-1352.

Schauenburg, H., Sammet, I., Kuda, M., & Strack, M. (2000). The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 10*, 133-146.

Scheibe, G., & Albus, M. (1997). Predictors and outcome of panic disorder: A 2-year prospective follow-up study. *Psychopathology, 30*, 177–184.

Scocco, P., Barbieri, I., & Frank, E. (2007). Interpersonal problem areas and onset of panic disorder. *Psychopathology, 40*(1), 8-13.

Scollon, C. N., Kim-Prieto, C., & Diener, E. (2003). Experience sampling: Promises and pitfalls, strengths and weaknesses. *Journal of Happiness Studies, 4*, 5-34.

Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774-788.

Sherman, A. M., Lansford, J. E., & Volling, B. L. (2006). Sibling relationships and best friendships in young adulthood: Warmth, conflict, and well-being. *Personal Relationships, 13*, 151-165.

Singer, J. A. (2004). Narrative identity and meaning making across the adult lifespan: An introduction. *Journal of Personality, 72*(3), 437-459.

Stangier, U., Esser, F., Leber, S., Risch, A. K., & Heidenreich, T. (2006). Interpersonal problems in social phobia vs. unipolar depression. *Depression and Anxiety, 23*, 418-421.

Starr, L. R., & Davila, J. (2008). Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 762-775.

Stout, R. L., Dolan, R., Dyck, I., Eisen, J., & Keller, M. B. (2001). Course of social functioning after remission from panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*(6), 441-447.

Stravynski, A., Arbel, N., Bounader, J., Gaudette, G., Lachance, L., Borgeat, F., Fabian, J., Lamontagne, Y., Sidoun, P. & Todorov, C. (2000). Social phobia treated as a problem in social functioning: A controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(3), 188-198.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.

Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894-904.

Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2006). Parental overprotection and interpersonal behavior in generalized social phobia. *Behavior Therapy, 37*(1), 14-24.

Taylor, S. E. (2011). How psychosocial resources enhance health and wellbeing. In S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi & J. Nakamura (Eds.), *Applied Positive Psychology: Improving Everyday Life, Health, Schools, Work, and Society* (65-78). New York: Routledge.

Timulak, L. (2007) Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: a qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305-314

Tomba, E., Belaise, C., Ottoloni, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., Rafanelli, C., Caffo, E., & Fava, G. A. (2010). Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 326-333.

Tracey, T. J. (1993). An interpersonal stage model of the therapeutic process.. *Journal of Counseling Psychology*, 40(4), 396-409.

Tracey, T. J. G., & Rohlfing, J. E. (2010). Variations in the understanding of interpersonal behavior: adherence to the interpersonal circle as a moderator of the rigidity-psychological well-being relation. *Journal of Personality*, 78, 711-746.

Tyron, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 33-36.

Uliaszek, A. A., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G., Sutton, J. M., Griffith, J. W., Rose, R., Waters, A., & Hammen, C. (2010). The role of neuroticism and extraversion in the stress-anxiety and stress-depression relationships. *Anxiety Stress Coping*, 23(4), 363-81.

Walker, B. M., & Winter, D. A. (2005). Psychological disorder and reconstruction. In D. A. Winter, & L. L. Viney (Eds.) *Personal Construct Psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (21-33). London & Philadelphia: Whurr Publishers.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S., & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Weisz, C., & Wood, L. F. (2005). Social identity support and friendship outcomes: A longitudinal study predicting who will be friends and best friends 4 years later. *Journal of Personal and Social Relationships*, 22, 416-432.

Wenze, S. J., Gunthert, K. C., & Forand, N. R. (2010). Cognitive reactivity in everyday life as a prospective predictor of depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 554-562.

Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M. & Brendle, J. R. (2005). Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 505-519.

Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Klein, S. B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 500-508.

Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1997). The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 58-63

Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behavior Therapy*, 39(1), 47-56.

Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 386-401

Wilson, J. K., & Rapee, R. M (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 373-389.

Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research, and applications*. London: Routledge.

Winter, D. A. (2003). Psychological disorder as imbalance. In F. Fransella (Ed.) *Handbook of Personal Construct Psychotherapy* (201-210). England: John Wiley & Sons.

Winter, D. A., & Metcalfe, (2005). From constriction to experimentation: Personal construct psychotherapy for agoraphobia. In D. A. Winter, & L. L. Viney (Eds.) *Personal*

Construct Psychotherapy: Advances in theory, practice and research (148-164). London & Philadelphia: Whurr Publishers.

Wood, J. M. (2007). Understanding and computing Cohen's Kappa: a tutorial. WebPsychEmpiricist. Retirado a 3 de Outubro de 2007, de http://wpe.info/papers_table.html.

Woody, S. R., & Rodriguez, B. F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in socially anxious individuals and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24(4), 473–488.

ANEXOS

APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E PEDIDO DE COLABORAÇÃO

Exm^{o/a} Director da Unidade Clínica e da Saúde de Adultos

do Serviço de Consulta e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho

Venho por este meio solicitar a colaboração dos psicólogos da Unidade Clínica no Projecto de Investigação sobre *A aliança terapêutica e a qualidade da experiência subjectiva: do processo terapêutico à vida diária em sujeitos com ansiedade social*, que constitui a minha tese de doutoramento em Psicologia Clínica, em curso na Universidade do Minho, sob a orientação científica da Prof. Eugénia Fernandes e Prof. Teresa Freire.

Com este projecto pretende-se compreender o desenvolvimento da aliança terapêutica entre terapeuta e cliente e perceber o seu impacto no dia-a-dia dos clientes com diagnóstico de ansiedade social. Para o efeito existirá um registo on-line em momentos chave semanais do dia-a-dia do sujeito e realizar-se-á uma análise sessão a sessão da experiência relacional do sujeito em psicoterapia, numa estrutura de avaliação que integra o preenchimento de questionários e por parte do cliente.

Toda a informação recolhida será tratada de forma rigorosa e confidencial.

Para qualquer informação adicional encontro-me disponível nos contactos 964633562 ou joanamourao@hotmail.com.

Os meus melhores cumprimentos

Joana Mourão

CONSENTIMENTO INFORMADO

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, aceito participar na investigação, sobre processo e eficácia da psicoterapia sob a coordenação da Prof. Doutora Eugénia Fernandes, docente da Universidade do Minho. Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que posso abandonar ou desistir de participar a qualquer momento, sem que para isso tenha que dar qualquer explicação ou haja qualquer consequência. Nesse sentido, dou permissão para que os instrumentos que preencho durante o meu processo terapêutico possam ser trabalhados no âmbito desta investigação.

Foram-me explicados os seguintes pontos:

- O objectivo da investigação é o de estudar a eficácia da psicoterapia e factores que conduzem a essa eficácia, especificamente, que tipos de mudanças ocorrem geralmente durante a psicoterapia e o que contribui para essas mudanças.
- Os procedimentos para a realização do estudo são os seguintes: ao longo do meu processo de terapia responderei a alguns questionários, no início e no fim da terapia, e a outros no final de todas as sessões levando estes, cerca de 10 minutos a completar.
- Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial. Apenas a supervisora da terapia e a equipa de investigação terá acesso ao material, que será sempre codificado. Na publicação final do trabalho, a minha identidade ficará protegida, não sendo revelado o meu nome nem qualquer característica que me possa identificar directamente.

Compreendo o que este estudo envolve e concordo em participar. Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Assinatura Participante (utente)


Assinatura Investigadora responsável

Data _____

Questões adicionais que queira colocar após completar a sua participação, poderão ser colocadas à Professora Doutora Eugénia Fernandes, Departamento de Psicologia do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, tel. 253605243, e-mail eguentaf@iep.unh.pt.

